



Nemocniční listy

ČÍSLO 2 – ČERVEN 2007 – ROČNÍK VIII.



PRACOVISŤE MEDICÍNY
DOSPĚLÉHO VĚKU



PRACOVISŤE
REPRODUKČNÍ MEDICÍNY



PRACOVISŤE
DĚTSKÉ MEDICÍNY



LÉČEBNA PRO
DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ



- ▶ Intenzivní medicína a její role v současnosti
- ▶ *Listeria monocytogenes* – možná příčina potratu
- ▶ Rozhovor s generálním ředitelem Philips Česká republika

AMBULANCE KONSOX BRNO



PLÁNOVANÉ TRANSPORTY A REPATRIACE

rychlá lékařská pomoc

rychlá zdravotnická pomoc

zdravotní transport raněných a nemocných

lékařská zdravotnická asistence při kulturních,
sportovních, filmových a jiných akcích

www.ambulance-konsox.cz

Přízova 1, 602 00 Brno

e-mail: info@ambulance-konsox.cz

tel.: NON-STOP dispečink **12 512** (místní hovorné), **5 4323 7777**

komerční akce, zahraniční transporty, samoplátci

602 710 609, 777 777 909



VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,

každý den se v profesním i osobním životě přesvědčuji, jak je mezilidská komunikace důležitá. Umění dobře komunikovat je vlastnost, která by slušela každému z nás, a to bez výjimky. Že to ale ve skutečnosti vypadá jinak, vidíme na každém kroku. Fakultní nemocnice Brno používá jako jeden z nástrojů pro komunikaci s odbornou i laickou veřejností tiskovinu, kterou právě držíte v rukou. V tomto čísle Nemocničních listů nastíníme čtenářům širší problematiku intenzivní medicíny se všemi jejími specifiky, týkajícími se věku pacienta či typu jeho onemocnění.

V dalších příspěvcích se věnujeme jednak tématům aktuálním, jako je Mezinárodní den ošetrovatelství či *Listeria monocytogenes*, jednak jsme svoji pozornost soustředili na témata spojená s provozem naší nemocnice.

Závěrem byl pak prostor dán generálnímu řediteli společnosti Philips Česká republika, jenž je dodavatelem technologické novinky FN Brno, celotělové magnetická rezonance Achieva 1,5 T.

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová

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

Redakční rada:

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová, Bc. Zuzana Velebová,
Mgr. Jana Marounková, Mgr. Marie Dudíková,
Ing. Petr Woletz, Bc. Miloslava Kameníková,
prof. MUDr. Karel Dvořák, DrSc.

Adresa redakce:

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

Grafická úprava a tisk:

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

Editorial	3
Resumé	4
MUDr. Roman Kraus, MBA	5
Mezinárodní den ošetrovatelství	6
Klinika lékařské fakulty – specifický vysokoškolský ústav, být jejím přednostou	6
Intenzivní medicína a její role v současnosti	11
U nás na urgentním příjmu	14
Centralizovaná resuscitační a intenzivní péče, PMDV	16
Ošetrovatelská kazuistika u pacientky s dg. meningokoková seps	17
Péče o novorozence po časné rekonstrukci rtu	19
Představujeme vám JIP 44	20
Paliativní medicína	22
Nové knihy Lékařské knihovny	23
<i>Listeria monocytogenes</i> – možná příčina potratu	24
Informovanost pacientek před operačním výkonem	25
O jedné málo známé zdravotnické profesi	26
Voda ve FN Brno	27
Rozhovor s generálním ředitelem Philips Česká republika	29
Zda být či nebýt hodný	30

Distribuce:

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

Náklad: 1 500 výtisků

Četnost: 4 x ročně

Grafické návrhy inzerce:

Tento výtisk je neprodejný

Resumé

Our introductory article has traditionally been reserved for the director of the Faculty Hospital Brno. This issue proves to be no exception to the norm. This time we introduce readers of The Hospital News to Dr. Roman Kraus, MBA, who on May 1, 2007 became the new director of the Brno Faculty Hospital. The interview is accompanied by an open letter from the director to his employees, in which he states the fundamental motives and goals that underlie his actions.

This year as always, we do not intend to let International Nurses' Day, celebrated around the world every May 12, pass without notice. Ms. Erna Mičudová reflects on the significance and contributions of nursing to modern-day society in her article.

Pathology - a word that makes most people's hair stand on end. Prof. MUDr. Karel Dvořák, DrSc. reveals just what kind of fascinating work and individuals can actually be found behind this field's designation, in his contribution entitled "Medical Faculty clinic - a unique university establishment, be its head".

In the peer-reviewed section of our journal, we devote our attention this time to intensive medicine. In separate contributions, the different authors attempt to cover the full, broad spectrum of the field. The topic is examined in all its variance, whether in relation to age - from newborns, through children and then on to adults - or from the perspective of the illness itself, even the injured and those under palliative care.

In the first half of the article we devote attention to questions involving emergency admissions and also the anesthesiology-resuscitation site, which provides some of the very best medical and nursing care that is available.

In the latter half we take a different approach, namely one involving children, to a number of particular diseases requiring intensive and a super-specialized care.

Listeria monocytogenes is an infection that is generally not consequential in the given circumstances. It may become significant within certain population sub-groups. One of the most susceptible categories is pregnant women. Given that this infection triggered dozens of illnesses in the previous year, even involving miscarriages, MUDr. Marta Ježová of the Pathological Institute of the Faculty Hospital Brno brings our attention to the infection and its consequences.

The magic of communication can be the key to many a thing. Sure enough, a hospital is an establishment where special emphasis and care needs to be placed on providing information. After all, not only should we maintain a humane and empathetic approach to our patients, but also to the information that a patient receives, so that he or she can make decisions regarding treatment with optimal awareness and consciousness. Some of the notable people involved in this issue are the female patients at the Reproductive Medicine Workshop of the Faculty Hospital of Brno, with their knowledge gained prior to surgical procedures.

The author of the subsequent contribution is another pathologist, namely Prof. MUDr. Karel Dvořák, DrSc., who introduces us to, as the title itself declares "One Little-Known Profession".

The Faculty Hospital Brno constitutes a major business complex, with its workforce of nearly five thousand people, and more than two thousand hospital beds. One of the indispensable commodities is, along with heat and energy, water. Mgr. Jan Klen details the principles behind the operation of the water utilization system in our hospital.

The company Philips Czech Republic s. r. o. ranks among the principal partners of the Faculty Hospital Brno. It has been a supplier of technology at the hospital, the most recent noteworthy contribution being the second magnetic resonance site at the Bohunice location of the Faculty Hospital Brno. The general manager of the company introduces his organization and its contributions in the final interview of our current edition.

We mustn't forget to give Mgr. Klapetka his due consideration in any edition, and this issue will be no exception. This time the educator reflects on what it means, and how it pays to be good. How things ought to be are best summed up in the quote "Be dignified and noble, do harm to no-one, and do not let yourself be harmed".

Představujeme nového ředitele FN Brno



MUDr. Roman Kraus, MBA

Vystudoval jste brněnskou lékařskou fakultu, kde jste vykonával svoji lékařskou praxi?

V podstatě celý můj profesionální život byl spojen s brněnskou Fakultní nemocnicí u svaté Anny. Mimo období let 1989–1991, kdy jsem v tehdejší Jemenské arabské republice působil jako anesteziolog a intenzivista, jsem zde totiž pracoval.

Jaké manažerské funkce jste ve fakultní nemocnici na Pekařské zastával?

Přibližně rok a půl jsem byl jejím ředitelem. Předtím jsem zde dlouhou dobu působil ve funkci primáře Anesteziologicko-resuscitační kliniky a zároveň jako lékařský náměstek všech ředitelů této nemocnice.

Před měsícem jste se stal ředitelem FN Brno, proč jste funkci přijal a co byste v ní rád dokázal?

Byla to výzva. Pan ministr mě oslovil se dvěma hlavními úkoly, které by přede mnou jako ředitelem Fakultní nemocnice Brno stály:

1. Přesunutí celé problematiky traumatologie ze současné Úrazové nemocnice v Brně do FN Brno.
2. Příprava FN Brno na vstup do budoucí brněnské univerzitní nemocnice.

Podíváme-li se na vnitřní fungování FN Brno, jaké jsou její základní slabé a silné stránky?

Nemocnice je opravdu ekonomicky konsolidovaná, bez problémů, bez dluhů. Je velmi dobře řízená po stránce procesní, především řídicí procesy vrcholového managementu. Nechci říct slabinu, ale za slabší stránku považuji celkovou atmosféru v nemocnici. Myslím, že nemocnice by měla být přívětivější, přátelštější vůči svým klientům, vůči svým zaměstnancům. Mimo to se domnívám, že na některých klinikách nejsou úplně dobře nastaveny odborné procesy. Chtěl bych zlepšit spolupráci, mezi jednotlivými odbornostmi a zlepšit některé procesy, které se bezprostředně týkají diagnostiky a léčby nemocných.

Za rozhovor děkuje Anna Nesvadbová

Vážené dámy a pánové,

uplynul jeden měsíc od chvíle, kdy jsem se stal vaším ředitelem. Za tu dobu jsem se utvrdil v tom, že FN Brno je ekonomicky konsolidovaným zařízením s výborně nastavenými řídicími procesy, což mimo jiné dokládá i získání certifikace dle norem ISO 9001:2000 v letošním roce.

Můj příchod do FN Brno byl motivován dvěma velkými výzvami. Připravit FN Brno na transformaci do podoby budoucí Univerzitní nemocnice, jejíž součástí, ať už bude její organizační struktura jakákoliv, se stanou všechna akademická zdravotnická zařízení v Brně. Druhou výzvou je připravit a uskutečnit přesun traumatologie a spinální jednotky z rušené Úrazové nemocnice v Brně do FN Brno, a to v co nejkratší době.

Dalším mým cílem je, aby se naše nemocnice stala přívětivější a přátelštější ke všem svým klientům a zaměstnancům. Pro mne je na prvním místě pozitivní motivace, analýza problémů v rozhovoru se všemi zúčastněnými. Samozřejmě, že se vždy budeme pohybovat v hranicích našich ekonomických možností, a proto i nadále nařízení a směrnice zůstanou jedním z řídicích nástrojů.

Po prvních zkušenostech, návštěvách zatím pouze některých pracovišť a rozhovorech s jejich vedením jsem přesvědčen, že jsme společně v krátké době schopni zlepšit mnoho medicínských procesů, zvýšit úroveň týmové spolupráce.

Dalším segmentem pro zlepšení je jistě komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocnými i jejich rodinami. Prakticky veškeré stížnosti, které jsem za tuto krátkou dobu řešil, vznikly z důvodu selhání komunikace.

Jako každý rok nás společně čeká řada úkolů a výzev. Jak je to již obvyklé, nemáme stále podepsané smlouvy se zdravotními pojišťovnami, což přináší řadu nejistot, zvláště ve financování specializovaných center.

Doufám, že se podaří prosadit reformu zdravotnictví v navržených intencích, které by kvalitním zařízením s efektivní činností měly přinést řadu pozitiv. I z tohoto důvodu bude těmto podmínkám přizpůsobena i nová strategie nemocnice. Ta zcela jistě přinese nutnost řady restrukturalizačních a optimalizačních kroků. O těchto změnách vás budu průběžně informovat.

Významnou devizou pro tvorbu strategie a tím i budoucnosti nemocnice jsou vaše podněty a připomínky. Ty odrážejí reálné potřeby a náměty na zlepšení, které jsou pro mne velmi cenné. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl stanovit jakési „hodiny pro zaměstnance“, a to každé úterní odpoledne. Pokud mi v tom nezabrání jiné pracovní povinnosti, rád uvítám všechny, kteří mi mají a chtějí, co říci.

S poděkováním za veškeré úsilí, které všichni věnujete svým nemocným, s díky za vstřícnost a velmi příjemnou atmosféru při všech dosud uskutečněných setkáních s vámi

MUDr. Roman Kraus, MBA

12. květen - Mezinárodní den ošetrovatelství



Opakovaně se v jarním čísle Nemocničních listů objevuje článek, jehož cílem je čtenářům připomenout, že 12. květen je na celém světě Dnem ošetrovatelství.

Co to vlastně je ošetrovatelství?

Pokud bychom tento termín hledali například v Praktickém slovníku medicíny, nenajdeme tam nic. Pokud zadáme téma ošetrovatelství v internetovém vyhledávači, najdeme přes třicet tisíc odkazů. Tyto odkazy se liší svou náplní, a to od nabídky studijních programů, literatury až po diskusní fóra.

Takže co je to vlastně ošetrovatelství?

Zdravotní péče, poskytování pomoci v nemoci, zajištění činností, které není nemocný schopen vykonat sám, zajištění pomoci a opory rodinám, které pečují o své blízké.

Všechny tyto činnosti jsou náplní ošetrovatelství, a to již od vzniku lidstva. Je však skutečností, že teprve konec 19. století a celé 20. století vymezilo tento pojem i jako nezbytnou součást poskytování zdravotní péče. Poskytovatelé ošetrovatelské péče zaujali postavení partnerů lékařů a samo ošetrovatelství se stalo i vědeckou disciplínou se vším, co k tomuto pojmu náleží. O této skutečnosti vypovídá celá řada publikací, vědecko-výzkumných prací a zpracovaných studií z různých oblastí širokého spektra ošetrovatelské péče.

Cílem ošetrovatelské péče není jenom spolupráce při léčebně-diagnostických výkonech, ale především činnosti související s tím všeobjímajícím termínem a to je zajištění bio-psycho-sociálních potřeb jedince, který se z nějakého důvodu stává objektem zájmu ošetrovatelského personálu.

Velký rozvoj ošetrovatelství za posledních patnáct let v České

republice lze pozorovat i na tom, že se podařilo prosadit přijetí koncepce ošetrovatelství, zákon o získání způsobilosti k výkonu povolání nelékařských oborů a další legislativní normy, které pozici ošetrovatelství postavily na jinou úroveň než v předcházejících letech.

Vysokoškolské studium nelékařských oborů neznamená jen posun v úrovni vědomostí, ale především ten fakt, že do poskytování ošetrovatelské péče se zařadí vyzrálé osobnosti, které jsou přínosem především pro pacienty.

I když se již podařilo v rámci rozvoje ošetrovatelství udělat velký pokrok, je třeba neusnout na vavřínech, protože velká část činností, které povedou k dalšímu zrovnoprávnění ošetrovatelské péče v rámci poskytování zdravotní péče pacientům. Je ještě velké množství oblastí, kde ošetrovatelství musí ještě dokázat svou nezastupitelnou roli. Jde například o edukaci pacientů, ale i jejich rodinných příslušníků, rozvoj samostatnosti oboru a především poskytování ošetrovatelské péče na vědecké úrovni.

Zakladatelka moderního pojetí ošetrovatelství Florence Nightingalová (1820–1910) věřila, že pomoc člověku v nouzi je to nejdůležitější, co může zdravotnický pracovník svému okolí poskytnout. Pokud tuto pomoc poskytne odborně a navíc s pochopením a porozuměním, splní základní cíl svého povolání.

Na závěr mi dovolu, abych nám všem popřála, abychom ve své práci vždy našli uspokojení z dobře odvedené práce, přestože naše povolání není hodnoceno na nejvyšších příčkách společenského ocenění.

Bc. Erna Mičudová

Klinika lékařské fakulty – specifický vysokoškolský ústav, být jejím přednostou



ÚVODNÍ SOUHRN: V článku je uveden přehled hlavních poznatků, které jsem během dlouhé řady let práce ve fakultní nemocnici a na lékařské fakultě získal. Měl jsem

osobní možnost vnímat život nemocnice a fakulty z pohledu asistenta teoretického ústavu, z pohledu lékaře, asistenta, primáře, profesora, proděkana, přednosty klinického ústavu i z pohledu řady profesních funkcí. Uvedl jsem také

svůj pohled na klíčovou funkci přednosta a přehled znaků, kterými se klinické pracoviště liší od standardního vysokoškolského ústavu. Vlastní poznatky uvádím v pevné víře, že mohou být pro některé kolegy a kolegyně prospěšné.

Klinické ústavy a kliniky lékařských fakult (dále jen kliniky) jsou zdravotnickým zařízením i vysokou školou současně. Všechno, co platí pro vysokoškolské ústavy obecně, platí i pro kliniky: registrují aktuální poznatky svého oboru, kriticky je hodnotí, poznatky převádějí do praxe prostřednictvím pregraduální a postgraduální výuky a účastní se na projektech praxe. Výzkumnou činností se podílí na rozvoji svého oboru, prostřednictvím osobních kontaktů, stáží, společných projektů, konferencí, sjezdů a publikací, komunikují s odbornou veřejností ve své zemi i v zahraničí. V neposlední řadě vytváří pracovní zázemí pro odborníky. I při uvedené shodě povinností však existuje řada rozdílů. Úvodem popíši svou osobní zkušenost. Rozdíl jsem brzy pocítil a pochopil, když jsem jako mladý lékař přešel z místa asistenta na teoretickém oboru (Histologicko-embryologický ústav) na ústav klinického typu (na Ústav patologie). Oba ústavy měly shodnou jednu část laboratorní metodiky, tj. přípravu mikroskopických preparátů z tkání histologickou technikou. Zatímco každý pohled do mikroskopu na histologickém ústavu byl zajímavou součástí výzkumu nebo přípravy výuky, na patologii končil každý pohled do mikroskopu buď formulováním bioptické diagnózy pro konkrétního pacienta včetně odpovědnosti za jeho další léčbu, nebo byl součástí nálezu z pitvy zemřelého (autoptického nálezu), který odkrýval diagnostické informace potřebné pro léčbu rodinných příslušníků, definoval diskrepance pro klinicko-patologické korelace správnosti léčby a byl často základním dokumentem v soudních řízeních. Diagnostika mi zabírala 80 % pracovní doby, zbytek byla výuka mediků. Na výzkum a sebevzdělávání zbýval jen mimopracovní čas. Rozdíl mezi klinikou a standardním vysokoškolským ústavem je celá řada, hlavní se pokusím vysvětlit.

NÁPLŇ PRÁCE KLINIK JE KOMPLEXNÍ. Klinika vznikla symbiózou povinností vrcholné zdravotnické praxe a náplní práce vysokoškolského ústavu. Je sice součástí lékařské fakulty (LF), hlavně je však součástí fakultní nemocnice (FN), tj. samostatného ekonomického kolosu v majetku ministerstva zdravotnictví. Existence kliniky je úzce spojena s vazbami na pojišťovnu, na ředitelství nemocnice, na ostatní kliniky, na specializovaná oddělení nemocnice a zároveň na všechna práva pacientů. Do její činnosti zasahují dvě ministerstva, MZ a MŠMT. Léčebná péče je pod stálou kontrolou ředitelství a pacientů, výuka pod kontrolou děkanátu, výzkum pod kontrolou děkanátu i vedení nemocnice. Vše se prolíná a vše musí fungovat. Vzájemná propojenost oddělení, laboratoří, metodik a všech odborníků různých klinik je atributem FN a vždy se protíná na jméno konkrétního pacienta a na jeho osudu. Počet šancí na nehodu je velký, s trochou nadsázky lze říci, že je shodný s počtem pacientů ve FN. Neexistují období klidu. Lékaři kliniky jsou pod stálým tlakem, který zaměstnanci jiných vysokých ústavů neznají. Život lékařů fakultních klinik je

v tomto smyslu mnohem těžší a klinika je vysokoškolským ústavem skutečně výjimečným. Kdybychom chtěli vytvořit paralelu v jiných odvětvích školství a ekonomiky, pak by např. Strojní fakulta VUT tvořila jeden celek se Škodovkou a vedoucí pracovníci jednotlivých výrobních úseků by byli zároveň profesory a přednosta ústavů a všichni inženýři by byli asistenti. Měli by souběžnou odpovědnost za kvalitu a ekonomiku výroby, za odbyt, za výuku a výzkum.

LÉČENÍ, VÝUKA, VÝZKUM. Zaměstnanci klinik jsou převážně nebo úplně zaměstnanci LF nebo FN. Vždy ale musejí mít alespoň minimální pracovní úvazek ve FN, aby mohli z právního hlediska ošetřovat nemocné. Bez ohledu na různost hlavního zaměstnavatele tvoří klinika historicky ověřený kompaktní útvar. Organizační struktura klinik je na celém světě přibližně stejná. Všichni lékaři, případně i přírodovědci, sestry a laboranti, jsou zapojeni do všech hlavních povinností kliniky. Všichni dělají zdravotnickou práci a podílejí se různým dílem na výzkumu a výuce. Funkční postavení jednotlivců se odvíjí od jejich kvalifikace. Každý má stejné šance v odborném i společenském postupu. Spojení lékařské praxe, výuky a výzkumu je nesporně náročné, vytváří značný tlak na způsob života jednotlivců. Lékaři na klinikách neznají relativní svobodu pracovních programů, která je pro učitele vysokoškolských ústavů charakteristická i přínosná. V nemocnici to nejde.

Kompaktní blok různých povinností jednotlivce není možné rozložit monotematicky na několik lidí a vše vyřešit větším počtem zaměstnanců. Zdůvodnění je jednoduché. Lékař na klinice nemůže jen učit a bádat nebo jen léčit. Aby lékař mohl učit, musí umět léčit. Aby lékařské „řemeslo“ dokonale uměl, musí diagnostických a terapeutických výkonů provést mnoho, to nejde časově ošidit. Lékařskou erudici musí spojit s výukou a s výzkumem jedině svým vysokým pracovním nasazením, pojem dodržování pracovní doby ztrácí na klinice smysl. Výuka mediků a doktorandů vyžaduje stálé studium časopisů a monografií do větší hloubky, než jsou potřeby běžné nemocniční praxe. Kliničtí lékaři získávají takto široké teoretické znalosti. Úzké spojení lékařské praxe a soustavného teoretického studia je pro klinického lékaře charakteristickým znakem. Vše se zúročí v diagnostice a léčbě vzácněji se vyskytujících nejasných chorob, které klinika pravidelně přebírá z jiných nemocnic.

PŘEDNOSTA. Funkce přednosta, respektive přednostky kliniky předpokládá dosažení profesorské nebo docentské vědecko-pedagogické hodnosti. Jen výjimečně a dočasně může být pověřen vedením odborný pracovník s předpoklady blízké habilitace. Byt přednostou kliniky je funkce závažná a společensky ctěná. Obrácenou stranou mince je denní stres, život napěchovaný termíny a řadou různorodých a závažných povinností (členství ve vědeckých radách, v profesních výborech, v komisích vlastní nemocnice a fakulty, v komisích jiných fakult, v redakčních radách, v klinické radě atd.), které, i když jsou významné a pro kliniku prospěšné, nejsou často členy kliniky správně vnímány a oceněny. Kolektiv kliniky není ochoten porozumět



dvojí závislosti svého přednosty, který je na jedné straně povinen hájit kliniku před vedením FN a LF (je přece členem kliniky), na druhé straně je povinen hájit také vedení FN a LF před svým kolektivem (je přece také součástí vedení FN a LF). Poloha mezi dvěma mlýnskými kameny je atributem jeho života, je to osud. Jeho atributem je však ještě řada vlastností prospěšných především klinice. Patří k nim schopnost vést a motivovat kolektiv, moderně vybavovat pracoviště, schopnost stanovit priority a sestavit dlouhodobý i aktuální program v rovině medicínské, výukové i výzkumné, schopnost vytvářet pracovní nadšení, také řada morálních hodnot i dostatek odvahy. Musí se smířit s faktem, že nastupuje „řeholi“, posunující soukromý život na druhou kolej. Přednosta je za vše odpovědný koordinátor, ručí za odbornou úroveň kliniky, která má odpovídat aktuálnímu stavu oboru. Stále musí být ve střehu. I chyby jednotlivců padají do značné míry na jeho hlavu. Vždyť vše ostatní, tj. výuka mediků a postgraduál i výzkumné programy a granty běží souběžně s lékařskou praxí. Jeho všední den je v mnoha ohledech jiný, než všední den přednosty na standardním ústavu. Na klinice je hlavním lékařem odpovědným za osudy pacientů. Je však zároveň učitelem, a výzkumný pracovníkem. Je i podnikatelem, protože FN je za zdravotnické služby placena pojišťovnamí i přímými plátcí. Takovou směs odpovědností přednosta teoretického ústavu nezná. Laická odborná veřejnost z jiných fakult univerzity si těžko uvědomí celý objem jeho denních povinností, který je prospěšné stručně shrnout.

Každý denní program začíná kolektivní poradou lékařů o aktuálním stavu vyšetření a stavu právě léčených pacientů. Poradu vede přednosta. Dále se účastní práce indikačních komisí organizovaných napříč klinikami, vede hlavní vizity, vykonává diagnostiku a terapeutické zákroky. Denně je konfrontován s konkrétními závažnými stavy nemocných. Práce je vysloveně riziková, přináší napětí, často však i radost. Někteří pacienti projevují radost z uzdravení a spokojenost s průběhem léčby. Mnozí jsou však připraveni si stěžovat a vysoudit velké peněžní částky. Klinické ústavy zaměřené hlavně na diagnostiku (patologie, mikrobiologie, biochemie a další) osobně komunikují s pacienty jen při případných stížnostech. Je to osud. Někdy jsou stížnosti oprávněné, většinou neoprávněné. S tím je nutné počítat. V odpoledních seminářích přednosta organizuje výzkumné a výukové programy, má přednášky a různé pedagogické povinnosti. Jedním z jeho základních úkolů je vytvoření kvalifikovaného pracovního kolektivu, který pracuje plnohodnotně i při absenci přednosty nebo jednotlivých odborníků kliniky. Vždyť klinika, to jsou také sjezdy, zahradniční pobyty, práce v různých profesních komisích atd.

DVOJÍ ZÁVISLOST. Na místě přednosty musíte s dvojí závislostí počítat. Při konkursu vám poskytne jasné signály složení komise. Konkurs vypisuje děkan LF, vždy však ve spolupráci s ředitelem FN. Již zde jsou zřejmé rozdíly. Již úvodem vnímá, že nebude mít jednoduchý život. Napoví to skladba konkursní komise. Je sestavena ze zástupců LF včetně děkana, ze zástupců Lékařské společnosti J. E. Pur-

kyně, ze zástupců FN včetně ředitele nemocnice, a zástupců dalších profesních institucí.

Stanete-li se přednostou, obdržíte neobvyklé jmenovací dekrety. Do funkce vás jmenuje ministr zdravotnictví po souhlasu ministra školství. V budoucnu máte dva přímé nadřízené: a) ředitele FN, odpovídáte mu za ekonomickou prosperitu kliniky a za kvalitu zdravotnických služeb, b) děkana LF, tomu odpovídáte za úroveň výuky studentů a za výzkumnou a publikační aktivitu. Oběma odpovídáte za plnění grantů, za úroveň postgraduálu a za odbornou úroveň pracovního kolektivu kliniky. Když konkursem úspěšně projdete, jste postaven tváří v tvář denní skutečnosti. Poznáte, že „nebezpečí a problémy“ vám vždy více hrozí z nemocnice. Na té je klinika téměř zcela závislá ekonomicky i právně. Nemocnici ručíte za diagnostiku a léčení. Na vše jste připraven a jste k tomu jistě patřičně vybaven. Když jste přijal vedoucí funkci, musel jste mít splněny obligátní kvalifikační stupně profesor nebo docent, publikace a citace, předepsanou dobu a náplň praxe a musel jste mít také splněny kvalifikační stupně MZ, tj. příslušné atestace, jste vybaven jazykově, můžete komunikovat s cizinou. Dále musíte být v lékařské komunitě odborníků dostatečně znám, být vnímán jako vysoce kvalifikovaný lékař, znalec svého oboru, organizátor i prognostik s koncepčním přístupem k práci a s mnohem širší kvalifikací, než činí oblast vaší habilitace a profesorského řízení. Na splnění předepsaných požadavků jste pracoval řadu let a vy víte, že to nebylo vůbec snadné. Proto se o místo přednosty nikdy neuchází větší počet uchazečů. Často se vhodný uchazeč složitě hledá. V kolektivu, jemuž chce nový přednosta vládnout, musí být nejlepším diagnostikem a terapeutem, nebo se alespoň musí vyrovnat druhým odborníkům kliniky, z nichž možná některý měl o post přednosty také zájem. Vědomí vaší dovednosti musí být klinikou, odbornou veřejností nemocnice i reprezentanty oboru v celostátním měřítku dostatečně známé. Jste si vědom širší odpovědnosti. V některých případech jste se do konkursu přihlásil pod tlakem situace. Prostě proto, že není k dispozici lepší kandidát. Vy si nejste sice docela jist, že obстоjíte, jste však členem kolektivu kliniky, který vám není lhostejný a vedení nemocnice i fakulty vás za vhodného jednoznačně považuje. Když funkci přednosty přijmete, přijímáte všechny povinnosti a vše pro vás platí stejně, jako když o post aktivně usilujete.

PACIENT-HLAVNÍ OSA KLINIKY. Vaše medicínské dovednosti musí již definovaně existovat předem. Vaše subjektivní pocity nejsou nic. To neznamená, že budete dokonale umět naprosto každý léčebný úkon stejně jako některý ze speciálně zaměřených odborníků kolektivu kliniky. To ani není možné. Když však přijde na věc, musíte kvalifikovaně zajistit vše. Když vznikne nejasnost konkrétní situace u konkrétního pacienta, tak vše leží především na vás. U vás začínají a končí akutní závažná rozhodnutí o osudech nemocných lidí. Vám budou vaši spolupracovníci denně předávat nejasné případy a vy je budete řešit, vy se podepíšete pod diagnózu, tj. pod „rozsudky“

dalších postupů. Vaše hodnota musí proto být kolektivem kliniky čitelná a akceptovaná. Musí být čitelná pro celou nemocnici, vždyť vaše klinika je v neustálém kontaktu s jinými klinikami, s nimiž se na péči o pacienty podílí. Touto důslednou provázaností se všemi klinikami a odděleními ve FN se klinika také liší od ústavů jiných vysokých škol a od teoretických ústavů LF, které pracují do značné míry autonomně.

HARMONIE VLASTNOSTÍ. Není možné, aby se o vás říkalo, že sice máte řadu publikací, ale často neumíte postavit správnou diagnózu nebo provést náročný výkon. Stejně není možné, aby se o vás vědělo, že se sice v pacientech docela vyznáte, v rovině teorie však obor jako celek neznáte, že vaše přednášky jsou slabé a proto nenavštěvované, že na sjezdech nevystupujete, že nemáte výsledky výzkumu a že jste minimálně citován. To prostě nejde. Musíte také zvládnout i umění komunikace s médii, která vás často žádají o názor na nejrůznější problémy. Jste-li na postu přednosta kliniky, musíte být majitelem harmonie řady vlastností a musíte být s oborem bytostně ztotožněn. Nejen to, musíte svůj obor milovat a snadno podstupovat různé oběti. Když bude na klinice málo lidí tak jste to vy, kdo vytvoří rovnováhu svým pracovním vstupem i do výkonů standardního provozu. Podobně se chováte i o dovolených. Pomůžete aktuálně své klinice a zvýšíte svou prestiž.

SMĚS POVINNOSTÍ. Ať chcete nebo nechcete, na vedoucím postu se octnete do značné míry v osamění. Část spolupracovníků vás bude prožívat, část vás bude pomlouvat. Všichni však budou poněkud otažiti. Názo-ry jednotlivců je dobré znát, je však třeba brát v úvahu, že názor jednotlivce je většinou pohledem subjektivním. Proto je prospěšné se s pohledy jednotlivců seznamovat v kolektivních diskusích.

Váš dosavadní odborný program může být značně narušen. Můžete být tolik zahlcen velkým objemem nových povinností, že vaše dřívější odborné zaměření se stane záležitostí druhotnou, případně ztratíte část své pověsti specialisty či vědce. Jste stále ve střehu, vždy existuje konkurence jiných fakultních nemocnic, případně i jiných zdravotnických zařízení, která jen diagnostikují a léčí. Vaše klinika se nesmí nechat předběhnout, mělo by to negativní dopad na ekonomiku, vaše klinika musí na sebe umět vydělat. Ztráta příjmů kliniky by měla negativní dopad na její přístrojové vybavení, na platy vašich pracovníků a na celkovou pověst.

VÝCHOZÍ STAV „A“ A „B“. Klinika je hodnota, vytvořená prací několika generací odborníků a prací několika předchozích přednostů. Vždy proto ctíte výsledky, které již klinika dosáhla. Nic nepůsobí tak nízce jako znevažování přínosu vašeho předchůdce. Když post obsadíte, klinika již existuje. Může být A) v perfektním stavu, B) může však mít i velké aktuální problémy. V případě „A“ víte nebo zjistíte, že chod kliniky je určován

stávajícími jednotlivci, tj. odborníky, které jste „podědil“, a které je třeba ctít. Jsou to lidé, kteří hodně umí. Pracují jako znalci definovaných terapeutických nebo diagnostických metod, jako vedoucí oddělení, laboratoří, jako vedoucí grantů nebo speciálních disciplín. Některý z nich je na vaší úrovni, jiný některou oblast oboru zná víc než vy. Vy jste v tomto případě vstoupil do optimální situace, kterou nesmíte svými „mocenskými“ ambicemi nebo snad „strachem z konkurence“ nijak rozrušit. Vaší povinností je vytvořený stav věcí udržovat, svým přínosem obohacovat a rozšiřovat. Stal jste se „prvním mezi rovnými“, nic lepšího si nemůžete přát. Post přednosta vám otevřel velké možnosti. Budete spolupracovat se zahraničními odborníky, pořádat výukové akce, vaše klinika bude emisí odborníků, bude vyhledávaná pacienty a vy sám můžete hrát významnou roli v oboru.

Nic horšího vás však nemůže potkat, než když ze stávajících odborníků kliniky vytvoříte houf svých nepřátel. Vaše prestiž nijak neutrpí, když dáte najevo, že jiní spolupracovníci některou disciplínu znají lépe, než vy sám nebo že jsou na vaší úrovni. Vaše celková úroveň však musí vždy být pro všechny jednoznačně čitelná. Pokud pokazíte situaci „A“, dopustil jste se hrubé chyby, kterou vám nikdo neodpustí. V případě „B“ není vše zdaleka optimální. Součástí vět vašeho programového slovníku však bude „další rozvíjení definovaných úkolů“, nikoli pomluvy a „odstraňování hrubých chyb“. Můžete obsadit post přednosta na klinice s nedostačujícím přístrojovým vybavením, záleží na vás, jak vše doženete.

Na klinice s převahou mladých a nezkušených pracovníků bude vaše situace velmi těžká a náročná. Budete suplovat několik odborníků, budete zatížen diagnostikou a terapií třeba až za hranici sil. Při tom všem budete udržovat v kolektivu optimistickou náladu a soustavnou kontrolou práce mladých lékařů dbát o správné nakládání s pacienty. Současně budete s nezkušeným kolektivem rozvíjet výzkum, modernizovat výuku mediků a do nočních hodin budete připravovat přednášky pro studenty, odborné články a vystoupení na sjezdy.

Na klinice, která sídlí v provizoriu, se stanete dalším jejím zakladatelem. Budete projektovat i kontrolovat stavbu a později snášet kritiku, často naprosto nespravedlivou. Vše se vám optimálně nepodaří a věrte, že v našich končinách se spíše kritizuje, než chválí. Nikdo vás nebude litovat a hlavně nesmíte litovat sám sebe. Post přednosta jste přijal dobrovolně, nelze si tedy zoufat.

V situaci B se můžete ocitnout také koincidenčně náhod. Několik vašich odborníků se rozhodne odejít na jiné vedoucí posty nebo na dobře placená místa v zahraničí, několik mladších schopných spolupracovníků souběžně nastoupí mateřskou dovolenou. Nastane pro vás složité období, s kterým jste nepočítal. Vy musíte vždy udržet úroveň lékařské péče srovnatelnou s jinými klinikami. Člověk s dobrou vůlí a s nadšením komplikace překoná. Nakonec budete odměněni příjemným pocitem, že jste splnil úkoly postu přednosta kliniky i v době složité, že jste vytvořil nebo uhájil vám svěřenou hodnotu, která vás přechká. Vedle lidí, kteří vás milovat nebudou, budete mít





také řadu spolehlivých přátel. To všechno za úsilí stojí. Po celou dobu vašeho „pontifikátu“ musí být všichni pacienti na stávající úrovni oboru ošetřováni a léčeni. Vaše pacienti ani případné soudní instituce žádné „potíže růstu“ nezajímají. V tomto bodě je také zásadní rozdíl mezi klinikou a standardním vysokoškolským ústavem, který snadno přechází období „výpadku“ některé povinnosti.

KOLEKTIV KLINIKY. Když se stanete přednostou, ať již jste v situaci popsané sub „A“ nebo sub „B“, případně v nevyhraněné kombinaci obou variant, vždy bude pracovat se svým aktuálně existujícím pracovním kolektivem, který jste dílem „podědil“, dílem sám tvoříte. Máte k dispozici 15 až 30, někdy i větší počet vysokoškolsky vzdělaných lidí různých povah, vlastností a cílů. Budete pracovat s velkým počtem sester nebo laborantů. Není ve vaší moci, aby všichni patřili do skupiny „nadšených altruistů“, to jest lidí ztotožněných s klinikou, nadaných, pracovitých a čestných, kteří budou přijímat úkoly, aniž by se ptali „co za to“, a budou úkoly sami sobě vymýšlet a spontánně realizovat. Když budete mít dva nadšené altruisty, budete šťastný. Spolu s nimi lze vytvořit vhodné prostředí, aby počet nadšenců rostl. Dlouholeté vnímání života ve FN mě poučilo, že kliniky, které to „někam dotáhly“, splňovaly nebo překračovaly příznivý počet „nadšených altruistů“. To může být docela dobře vaše situace. Kolektiv složený z nadšených lidí zaujatých oborem a ztotožněných se svým pracovištěm je nejvyšší hodnotou kliniky. Věřte, že bez nadšenců je klinika těžkopádným útvarem s pomalým tempem rozvoje. Takový kolektiv vzniká zpravidla řadu let, je výsledkem vašeho úsilí i práce vašich předchůdců, musí být ošetřován a ohlédán před případnou agresí jednotlivců jednajících jen ve svůj prospěch. Zůstane perspektivní i po odchodu některého z odborníků. Odchody jednotlivců na vedoucí místa nebo za výhodnějším uplatněním, než jim můžete právě nabídnout, jsou standardní normou. Krátkodobě vám mohou komplikovat provoz. Z dlouhodobého pohledu však pomáhají šířit jméno kliniky, vytváří dobrou pověst, a průběžně kliniku omlazují.

NEZASTUPITELNÁ ROLE PŘEDNOSTY. Můžete se však octnout v situaci, že nadšené altruisty nemáte. Soudím, že jste v té nejsložitější situaci, kterou vám mohl osud nabídnout. Nemáte jinou možnost, než nadšence hledat a vytvořit. Zde hrajete nezastupitelnou roli vy sám. Fungující kolektiv blízky optimu je možné vytvořit i ze souboru lidí různých povah a cílů. Úspěchu dosáhnete jen soustavnou průběžnou komunikací s jednotlivci i s celým kolektivem, formulací ústředního výzkumného programu kliniky, ukládáním a kontrolou osobních programů, konkrétních úkolů a průběžným zveřejňováním hodnoty dosažených výsledků. Na klinice vás musí být vidět, všichni musí vnímat, že nejste jen jednotkou uzavřenou do sebe. Většina kolektivu musí vnímat i váš smysl pro spravedlnost, je však vyloučené, aby vás za spravedlivého považovali zcela všichni. S tím se musíte smířit, občasným konfliktům se nevyhnete. Kolektiv musí znát i vaši schopnost přinášet

oběti. Pak od vás přijme i případná nepopulární opatření, která jsou někdy nařízená a nezbytná. Kolektiv sjednotíte svou vlastní činností a pevným programem, v němž se střídají semináře z medicínské problematiky, z výzkumu, z organizace výuky, různé akce jiných pracovišť, sjezdy. Kolektiv potřebuje vnímat vaši osobnost, váš přínos, vaše výsledky, vaše schopnosti i umění propagovat a hájit kliniku jako celek i její jednotlivce. Každý jednatel by měl znát svou perspektivu.

VĚDOMÍ POSPOLITOSTI. Vědomí pospolitosti kliniky prospívají společné akce kolektivu lékařů i společenské akce celé kliniky. Jde o oslavu pokročilejších kulatých narozenin dlouhodobých členů kliniky, o oslavu získaných veřejných ocenění celé kliniky i jednotlivců, úspěšné zakončení pořádání sjezdu a obhájené tituly. Věřte, že se vyplatí některé společné akce kliniky sponzorovat i ze svých finančních prostředků. Takové akce jsou pořádány vždy mimo pracovní dobu a mimo areál kliniky. Tvořivé ovzduší podporujete veřejným komentováním dílčích výsledků na seminářích a pracovních poradách. Komentujete pozitivní výsledky, jako je přijetí publikace do špičkového časopisu, úspěšné udělení a ukončení grantu, zavedení nové progresivní metody, úspěšná vystoupení jednotlivců na sjezdech, udělené ceny atd.

ZÁVĚREM - pozitivní výsledek. I když vaše výchozí situace ve funkci přednosty nebyla optimální, věřte, že po několika letech „řehole“ se pozitivní výsledek dostaví. Stanete se přednostou kliniky typu „A“ se skupinou docentů a odborníků, kteří vás v některých oblastech oboru předčí. Vy pak získáte potřebný čas pro svůj vlastní osobní rozvoj, možnost angažovat se pro rozvoj fakulty, univerzity, nemocnice. Vaši nástupci budou již mít dobře připravenou startovní čáru. Vedení fakultní nemocnice i vedení fakulty nic jiného neočekává. Pokud zajistíte, aby ostatní členové kliniky se mohli odborně i existenčně rozvíjet, a pokud jste byl „člověkem na svém místě“, nikdo normální po vašem místě nezatouží, nemá pro to vlastně důvod. Vždyť funkce přednosty kliniky by pro něho snížila možnost vědecké práce, přináší obrovskou zodpovědnost, veliké časové zatížení a také obtížné soustředění na jeden odborný cíl. Samozřejmě, pod špatným přednostou může být situace jiná. Kdybyste pozitivní vývoj nedokázal zajistit, je správné se o post přednosty neucházet, případně včas a s pokorou se svého místa vzdát. To však jistě nebude váš případ. Vy můžete vytvořit moderní a rozvinutou kliniku nikoli „typ pyramida“, nýbrž „typ hranol“, kde přednosta bude „primus inter pares“, tedy „první mezi rovnými“. Klinika je hodnota, která musí neustále být ošetřována a rozvíjena. Vše se vám pravděpodobně dokonale nepodaří, ale váš přínos musí být po několika letech jednoznačně viditelný. Pak budete „člověkem na svém místě“.

Prof. MUDr. Karel Dvořák, DrSc.

Intenzivní medicína a její role v současnosti

CO SE SKRÝVÁ POD POJMEM

INTENZIVNÍ MEDICÍNA

Intenzivní medicínu lze definovat jako lékařský obor, jehož náplní je diagnostika, kontinuální sledování a léčba pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi (pojem kriticky nemocní). U kriticky nemocných je nezbytná podstatně podrobnější lékařská i ošetrovatelská péče, než jakou lze poskytnout na standardních odděleních. Pacienty intenzivní medicíny jsou nemocní s těžkými chirurgickými chorobami a pooperačními stavy – např. s nejtěžšími formami zánětů slinivky břišní, po operacích srdce, aorty, plic, mozku, komplikovaných operacích břicha, po transplantacích, ale například i pacientky po kritických porodních krváceních. Dále to jsou nemocní po závažných úrazech, zejména polytraumatech, úrazech mozku, míchy, hrudníku, po rozsáhlých popáleninách. Z interních oborů vyžadují intenzivní péči např. nemocní se život ohrožujícími kardiovaskulárními chorobami, s kritickými nemocemi plic typu staty asthmaticu nebo akutně zhoršené chronické obstrukční plicní nemoci, se závažnými metabolickými chorobami, např. diabetickými kómaty, s těžkými intoxikacemi, kritickými stavy onkologických onemocnění zejména v souvislosti s chemoterapií, s vystupňovanými formami neurologických chorob se selháváním dýchání, s těžkými formami infekčních onemocnění typu zánětů mozku a mozkových plen, generalizovaných sepsí. Zvláštní skupinu pak tvoří dárci orgánů, u nichž se v prostředí intenzivní medicíny provádí diagnostika smrti mozku a udržuje organismus do odběru orgánů v takovém stavu, aby orgány byly po transplantaci kvalitní a životaschopné.

Z pohledu náročnosti péče jsou kritičtí pacienti těmi, u nichž zpravidla selhává jeden nebo několik orgánových systémů, takže z terapeutického hlediska vyžadují např. přístrojovou podporu nebo náhradu dýchání, umělou výživu nitrožilní nebo gastrointestinální cestou, v řadě případů lékovou nebo přístrojovou podporu oběhu, kontinuální eliminaci škodlivých látek mimotělními metodami, rozsáhlou substitucí faktorů krevního srážení, nitrožilní náhradu velkých objemů tekutin a iontů, umělé chlazení nebo naopak zahřívání organismu. Při tom se zpravidla jedná o nemocné, kteří se sami neobslouží, musí být polohováni, veškerou péči o oči, kůži, všechny tělní otvory, hygienu provádí ošetrovatelský personál, o zachování funkčnosti pohybového aparátu se starají rehabilitační pracovníci. Ošetrovatelská péče v moderní intenzivní medicíně je zaměřena rovněž na co nejvýraznější zamezení sociální,

senzorické a motorické deprivace kriticky nemocných aplikací metod bazální stimulace.

Množství informací o daném nemocném a náročnost péče je nesouměřitelná s péčí o běžné nemocné na standardních odděleních. Jediným srovnáním úrovně intenzity péče je paralela s operačním zákrokem, kdy ošetřující tým operační i anesteziologický se intenzivně věnuje danému nemocnému po dobu několika desítek minut nebo hodin. Péče o kriticky nemocné na pracovištích intenzivní medicíny (PIM) však trvá dny, týdny, někdy i měsíce.

HISTORICKÉ SOUVISLOSTI

VE SVĚTĚ I U NÁS

Intenzivní medicína je typickým produktem moderní doby – rozsáhlé změny životního stylu a jeho rizik, ale i dynamické změny poznání a technologií se promítly do vzniku a více než šedesáti let rozvoje nové lékařské i ošetrovatelské disciplíny. Intenzivní medicína se vyvinula z potřeby speciální péče o větší počet nemocných v kritickém stavu. První jednotka intenzivní péče ve Spojených státech vznikla před pětadesáti lety, v roce 1942, v Massachusetts General Hospital v Bostonu pro léčbu obětí rozsáhlého požáru. Před padesáti pěti lety, v roce 1952, vrcholila ve skandinávských zemích epidemie poliomyelitidy. Zavedením umělé plicní ventilace pomocí ručního vaku cestou rourky zavedené do průdušnice na nově zřízené tzv. tracheotomické jednotce v nemocnici Blegdam v Kodani se dramaticky snížila úmrtnost těchto nemocných na ventilační selhání. Rychlý rozvoj jednotek intenzivní péče různých typů proběhl zejména v 60. letech minulého století, kdy vznikl základ sítě koronárních jednotek a pooperačních sledovacích jednotek. Prohlubování systematiky a znalostí v nově vytvářeném oboru se odehrávalo v následujících desetiletích, začátky specializace v oboru intenzivní medicíny lze vystopovat v 70. letech 20. století v USA.

V současnosti je intenzivní medicína svébytná a prudce se vyvíjející disciplína. V řadě zemí s rozvinutým zdravotnictvím je možné se v tomto oboru specializovat, zpravidla ve formě nástavbové specializace na některé základní klinické obory, zejména anesteziologii, ale i vnitřní lékařství, chirurgii, neurologii, pediatrii případně další.

V České republice se intenzivní medicíně vyššího typu (dříve nazývané resuscitační péčí), věnují z velké většiny anesteziologové. V rámci České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) vznikla v roce 1996 Sekce



intenzivní medicíny, která od počátku deklarovala otevřenost pro lékaře z různých klinických disciplín. V roce 2004 se v „Zákoně o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání...” (zák. č. 95/2004) objevuje intenzivní medicína jako jeden z oborů specializačního vzdělávání. V roce 2006 vzniká z iniciativy představitelů ČSARIM na půdě České lékařské společnosti nová multidisciplinárně zaměřená odborná společnost – Česká společnost intenzivní medicíny (ČSIM) – a v březnu 2007 byl ustaven první výbor této společnosti. Při Ministerstvu zdravotnictví ČR pracuje od roku 2005 Akreditační komise pro obor intenzivní medicína. Atestace prvních odborníků z této disciplíny proběhly v květnu téhož roku. Již několik let je v České republice v souladu se specializační přípravou navrženou European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) vypracován dvouletý vzdělávací program v intenzivní medicíně. Zájemci o vzdělání a práci intenzivisty z klinických oborů blízkých intenzivní medicíně tak mohou absolvovat v rámci specializace dvouletou přípravu na určeném spektru různých typů akreditovaných pracovišť intenzivní medicíny a tuto přípravu završit atestací.

Intenzivní medicína se rovněž vyučuje na našich lékařských fakultách. Na LF MU v Brně absolvují studenti V. ročníku všeobecného směru 30 hodin přednášek a 30 hodin stáží v tomto oboru, studium je završeno zkouškou; v menším objemu se intenzivní medicína vyučuje i v rámci stomatologického směru. Intenzivní medicíně je možné se na LF MU Brno rovněž věnovat v rámci doktorského studia v akreditovaném oboru Anesteziologie, intenzivní medicína a algeziologie.

ORGANIZAČNÍ A EKONOMICKÉ PROBLÉMY

Organizátoři zdravotnictví ve světě i u nás řeší problematiku organizačního a prostorového začlenění intenzivní medicíny ve zdravotnických zařízeních. Trend posledních let je zřejmý – od tzv. otevřeného systému, tzn. systému mnoha jednotek intenzivní péče (JIP), které konzultačně navštěvuje intenzivist, ale jsou v rukou jednotlivých klinických oborů, nemocnice postupně přecházejí na systém uzavřený, tedy na formu centralizovaného multidisciplinárního pracoviště intenzivní medicíny (PIM) s vybavením a týmem specializovaným pro tuto úroveň péče. Pro multidisciplinární řešení svědčí ekonomické i organizační argumenty. Je možné vyhnout se zdvojování některých typů vybavení. U kriticky nemocných se rozvíjí podobné patofyziologické procesy, i když primární onemocnění mohou být různá, ať již chirurgického nebo interního charakteru. Taktika monitorování, léčby a orgánové podpory je rovněž společná. Lze tedy konstatovat, že postupy intenzivní medicíny jsou ve svém základě jednotné, i když jsou aplikovány nemocným z nejrůznějších klinických oblastí. Centralizace vede ke koncentraci většího počtu kriticky nemocných a tím k větším zkušenostem, dovednostem, znalostem, rychlejšímu zavádění protokolů a postupů, k prokazatelně lepším výsledkům léčby – ke zkrácení délky umělé plicní ventilace, zkrácení délky hospitalizace, snížení mortality,

a k efektivnějšímu využití prostředků. Jinými slovy – podle řady studií vede specializace části nemocničního týmu na intenzivní medicínu ke zlepšení organizace intenzivní péče v daném zařízení, k výraznému zlepšení výsledků léčby celé nemocnice, ke snížení smrtnosti, účinnějšímu využívání zdrojů.

V České republice zpočátku vykročily cestou centralizace některé okresní nemocnice, postupně se však restrukturalizuje intenzivní péče i ve velkých fakultních nemocnicích. FN Brno je příkladem takové, z řady uvedených důvodů nezbytné a velmi významné, restrukturalizace.

Je zřejmé, že PIM by měla být umístěna co nejbližší všem akutně zaměřeným pracovištím dané nemocnice – operačním sálům, urgentnímu příjmu, koronární jednotce, porodnímu sálu, radiologickým pracovištím včetně CT a MR. Jakýkoli transport kriticky nemocného je vždy spojen s vysokým rizikem.

Multidisciplinaritu intenzivní medicíny si nelze představit bez spolupráce se všemi klinickými obory. Pacient téměř každé klinické disciplíny se může dostat do stavu vyžadujícího intenzivní péči, u řady kriticky nemocných musíme situaci konzultovat s lékaři jiných klinických oborů. Každodenně a velmi úzce spolupracujeme s laboratorními a diagnostickými obory – s mikrobiologií včetně antibiotických konzultací, s biochemií, hematologií, radiodiagnostikou.

Pracoviště intenzivní medicíny jsou místem nejčastějších a nejzávažnějších nemocničních nákaz. Někdy se hovoří o epicentru nozokomiálních nákaz a antibiotické rezistence v daném zdravotnickém zařízení. Je tu zřejmá souvislost s podlomením obranyschopnosti a bariérových funkcí u kriticky nemocných. Nozokomiální nákazy jsou jedním z faktorů, které nejvíce limitují výsledky intenzivní medicíny. S tím je spojena vysoká spotřeba antibiotik, dostává se 50 až 80 % kriticky nemocných. Do určité míry je situace srovnatelná s neutropenickými onkologickými nemocnými po agresivní chemoterapii.

Náklady na intenzivní medicínu v rozvinutých zemích stoupaly v 70. a 80. letech natolik, že bylo nezbytné přehodnotit její další vývoj. Náklady na PIM tvoří 10 až 25 % všech nemocničních nákladů. Ve Spojených státech je procentuelní podíl na nemocničních nákladech ještě vyšší, ve svém důsledku představuje 1,5 % hrubého domácího produktu (vysoce přes 60 miliard dolarů ročně). Jinak řečeno – intenzivní medicína tvoří zdaleka nejnákladnější složku nemocniční péče, při tom je poskytována relativně malému procentu (5-10 %) hospitalizovaných pacientů. V současnosti je stále zřejmější, že úroveň péče a procento přežití v intenzivní péči se postupně zlepšuje. Je faktem, že 75 až 80 % pacientů, u nichž došlo k selhávání jednoho nebo několika orgánů, přežije. Na druhé straně je nutno uvést, že v souvislosti se stárnutím populace a rozšířením dostupnosti intenzivní péče se zvyšuje průměrný věk pacientů a s tím i polymorbidita. Můžeme hovořit až o gerontointenzivní péči.

ETICKÉ OTÁZKY INTENZIVNÍ MEDICÍNY

V intenzivní medicíně hraje důležitou úlohu třídění nemocných. Pro příjem nemocných na PIM, zejména vyššího

stupně, jsou nezbytná přísná kritéria. Nelze přijímat pacienty příliš málo nemocné pro tuto úroveň péče ani ty, kteří jsou nemocní terminálně, tedy příliš mnoho na to, aby jim mohla pomoci sebelepší intenzivní péče. Hospitalizace takovýchto pacientů na PIM nezlepší jejich prognózu a je lidsky i ekonomicky neadekvátní. Přijímání má být omezeno na ty nemocné, u nichž lze předpokládat přínos poskytované intenzivní péče na překlenutí kritického stavu s reálnou nadějí na obnovení či zlepšení orgánových funkcí a v konečném důsledku na přežití s dobrou kvalitou následného života. Lehčí pacienti mají být přijímáni na pracoviště intermediární péče nebo na standardní oddělení, pro pacienty se závažnými chorobami v terminálním stavu neléčitelných onemocnění jsou určena např. zařízení typu hospice. Jednou z důležitých úloh každého lékaře je rychlé rozpoznání pacientů, kteří mohou mít prospěch z intenzivní péče, a jejich přeložení na PIM. Z intenzivní péče nejvíce profitují nestabilní pacienti se středně závažným kritickým onemocněním vyžadující akutní stabilizaci.

Léčba kriticky nemocných, kteří nakonec nepřežijí, je dvojnásobně dražší než léčba přeživších kriticky nemocných. Při rozhodování, jak se bude stav konkrétního nemocného vyvíjet, stojíme tváří v tvář značné prognostické nejistotě. Většina intenzivistů čas od času přijme nemocného, který má minimální nebo žádnou naději na přežití. Vedle prognostické nejistoty se může podílet i výrazný, často emočně zesílený tlak příbuzných a překládajícího zařízení či oddělení, snaha o udržení dobrých vztahů mezi pracovišti, odlišnost názorů na prognózu nemocného mezi zúčastněnými odborníky, někdy i vědomí, že na vzniku kritického stavu se podílí iatrogenní problém. Ve většině případů lze nepříznivou prognózu v průběhu několika dní pobytu na PIM zpřesnit a následně stanovit plán terminální péče (tzv. rozhodování na konci života – end of life decision). Dostáváme se tím k problematice nerozšiřování nebo zúžení léčby pacientů s jednoznačně nepříznivou prognózou. Žádný jiný obor není vystaven tomuto rozhodovacímu procesu tak naléhavě jako intenzivní medicína. Narůstající řada publikací z evropských i severoamerických pracovišť dokládá, že nerozšiřování nebo omezení léčby je přijatelným postupem u pacientů, u nichž bylo prokázáno, že další plná intenzivní terapie je marná. Např. ve Velké Británii je omezení marné léčby (futile therapy) zavedenou praxí podpořenou i soudními nálezy. V každém případě je nezbytné vynaložit všechny paliativní postupy k tomu, aby pacienti ani v této fázi léčby netrpěli bolestí, úzkostí, strachem či depresí, pocitem nedostatku kyslíku, žízní, hladem, vynucenou polohou, horkem nebo chladem, případně sociální deprivací.

Je nesmírně potřebné přesvědčovat veřejnost, že při tomto rozhodování jsou na prvním místě argumenty lidské, nikoli ekonomické. U nás se diskuse na toto téma teprve rozvíjí, do úrovně informovanosti laické veřejnosti v tradičních zemích EU a v Severní Americe máme daleko. V této souvislosti si dovoluji citovat Jana Payneho z Ústavu pro humanitární studia 1. LF UK v Praze, která uvedl v roce 2000: „Bud' pokládáme záchranu pacienta za něco, co v našich silách je, a pak máme absolutní povinnost se o tuto záchranu pokusit s tím, že k ní musíme použít těch nejvíce efektivních prostředků, anebo máme pádné důvody kteréhokoli rázu onu léčbu ukončit,

a pak je zcela zbytečné v ní pokračovat; pokračování v léčbě tím či oním způsobem, např. pod hlavičkou bazální péče, je určitým alibismem a má jen symbolickou hodnotu.“ Pro zajímavost ještě jeden citát, tentokrát z odlišné kulturní oblasti: „Lékařům se doporučuje, aby si byli vědomi svých možností a nepřekračovali je. Jestliže je naprosto jasné, že život nemůže být obnoven a zachován, je zbytečné zachovávat vegetativní stav, případně používat všechny možné heroické prostředky k udržení stavu. Lékař se snaží pomáhat v procesu života, ne bránit procesu umírání. V žádném případě však lékař nesmí ukončit pacientův život jakýmkoli aktivním způsobem.“ Tolik islámský kodex lékařské etiky z r. 1981.

Slabým místem péče o zlepšující se nemocné může být období bezprostředně po přeložení z pracoviště intenzivní medicíny na standardní oddělení. Jak u nás, tak v zahraničí jsou v určitém procentu konstatována po překladu úmrtí, která by nemusela nastat, kdyby pacient zůstal na PIM o několik dní déle. Jakoby schod mezi úrovní péče intenzivní a standardní byl pro některé nemocné příliš vysoký. Velká Británie odhaduje, že by pro delší doléčení pacientů na PIM potřebovala přibližně o 16 % lůžek tohoto typu více a zvažuje, zda je to ekonomicky únosné či nikoli. Jinou možností je existence jednotek intermediární péče. Domníváme se, že variantou tam, kde je velké centralizované PIM, může být rezervování několika lůžek tohoto pracoviště právě na doléčení kritických nemocných - s intenzivním sledováním, ale už s menší náročností léčby.

Je nezbytné se zmínit o těch, kteří intenzivní péči náročného typu přímo provádějí – o lékařích intenzivistech a o specializovaných sestrách a bratrech. Na jedné straně je jejich práce velmi zajímavá, pestrá, s vysokými nároky na odbornost a odpovědnost. Na druhé straně je fyzicky a zejména psychicky natolik zatěžující, že tzv. syndrom vyhoření je velmi často uváděn právě u pracovníků intenzivní medicíny.

Při současném rozvoji poznatků, postupů, farmak a technologií nelze intenzivní medicínu provozovat jinak než na plný úvazek.

ZÁVĚR

Intenzivní medicína je dynamicky se rozvíjejícím odvětvím lékařství, řeší kritické stavy ohrožení života, které současná civilizace v nemalé míře vytváří, otevírá závažné etické otázky, má v sobě vnitřní a rostoucí rozpor mezi možnostmi nových technologií na jedné straně a ekonomickými zdroji na straně druhé. V současnosti je obtížné přesně odhadnout, kam její rozvoj může dospět. Skutečností však je, že jen v České republice zachráni intenzivní medicína desítky tisíc životů ročně, životů, jejichž zachování by bylo před několika desítkami let nemyslitelné.

Pozn.: Sdělení vychází z článku Ševčík P. Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory, který byl uveřejněn v Rozhledech v chirurgii, vol. 82, 2003 (6), s. 312–316.

**Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.,
doc. MUDr. Roman Gál, PhD., MUDr. Iveta Zimová**

U nás na urgentním příjmu



NĚKOLIK POZNÁMEK K MINULOSTI

Urgentní příjem vznikl ve Fakultní nemocnici Brno, PMD 9. dubna roku 1999 jako ambulantní provoz. Nezajišťuje celodenní lůžkovou resuscitační péči, ale je nedílnou součástí Anesteziologicko-resuscitačního oddělení I., respektive Kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Původně byl vybaven jedním kompletně zajištěným mobilním lůžkem. Na urgentním příjmu pracuje jeden lékař s druhou atestací z anesteziologie a dvě sestry specialistiky ARIP, které jsou součástí týmu na lůžkovém oddělení ORIM. V případě přijetí pacienta, vyžadujícího neodkladnou resuscitační péči na urgentním lůžku, ji zajišťují sestry z lůžkové části. Jejich povinnosti na lůžkové části v té době přebírají jejich kolegyně.

Urgentní příjem byl a je nastaven jako vysokoprahový, přijímá pacienty nejen ze záchranné zdravotní služby nebo letecké zdravotní služby, ale i pacienty, které dovezou rodinní příslušníci, ale také pacienty, jejichž zdravotní stav se zhoršil již v našem nemocničním zařízení.

NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY, S KTERÝMI JSOU PACIENTI PŘIJÍMáni:

- ☐ Centrální mozková příhoda (CMP)
- ☐ Intoxikace (nejčastěji lékové a alkoholem)
- ☐ Stavy po kardiopulmonální resuscitaci, občas i pacienti s akutním infarktem myokardu
- ☐ Kraniotraumata
- ☐ Polytraumata
- ☐ Monotraumata

V letech 1999–2002 jsme ošetřili nejvíce pacientů s dg. CMP a intoxikacemi ve většině případů způsobené léky. Celkem bylo ošetřeno 61 dětí. V roce 1999 byl průměrný počet ošetřených za jeden den 0,71, v roce 2002 to bylo již 1,57 a dále se zvyšuje.

Následná péče na ARO se z původního počtu 35 pacientů zvedla na 56. Nejčastěji se jednalo o kraniotraumata. Množství pacientů mělo a má stoupající tendenci. Podíl ošetřených dětí byl však minimální.

V letech 2003–2006 to byly opět lékové intoxikace, které v počtu ošetřených vedly.

U dětí intoxikace lékové i alkoholové byly skoro ve stejném poměru, ošetřeno bylo 118 dětských pacientů.

V rozmezí dalších let, tzn. v letech 2003 až 2006 rostl po-

čet přijatých na urgentní příjem. Nejčastěji byli přijímáni pacienti s dg. intoxikace. Počet dětí se oproti předcházejícím letům nelišil. Od roku 2003 však byli stále častěji přijímáni traumatizovaní pacienti. V letech 2005 a 2006 převýšila polytraumata nad kraniotraumaty. Z toho plynulo i zvýšení počtu následných hospitalizací na resuscitačních odděleních. Jednalo se o každého čtvrtého pacienta.

Na urgentním příjmu bylo v naší nemocnici v průběhu osmi let trvání ošetřeno celkem 5196 pacientů. Následná hospitalizace na resuscitačním oddělení byla v počtu 472 pacientů. Dětských pacientů bylo 158. Počet úmrtí byl 76 ošetřených což představuje 1,46 %.

- ☐ celkem 5196 nemocných
- ☐ hospitalizace ARO 472 nemocných
- ☐ ošetřeno dětí 158 nemocných
- ☐ exitů 76 nemocných

rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet pacientů	358	491	583	570	675	741	901	977

SOUČASNOST

Mezníkem se staly roky 2004 až 2006. V lednu 2004 se v naší nemocnici otevřelo oddělení úrazové chirurgie. Z toho důvodu začal stoupat počet polytraumatizovaných pacientů. Bylo třeba vytvořit tým lékařů a sester z oddělení ARO a úrazové chirurgie, sjednotit se na postupech péče o tyto pacienty. Bezproblémová profesionální spolupráce a komunikace těchto týmů je nezbytně nutná. V současné době již týmy klinik spolupracují bez problémů. I ostatní složky, které jsou k zajištění včasné diagnostiky a rychlého léčebného postupu nezbytně nutné, jsou dobře fungující organizací. Jedná se zejména o složku laboratorní, rentgenologického pracoviště a centrálních operačních sálů. Pacienta dokážeme zabezpečit, vyšetřit a odtransportovat na operační sál do jedné až dvou hodin.

Z důvodu nárůstu pacientů a provozního uspořádání byla v dubnu 2005 na urgentní příjem jmenována staniční sestra, která má na starosti koordinaci personálu, jenž je součástí lůžkového oddělení ARO.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci sloužící na urgentním příjmu FN Brno, je jich celkem pět včetně staniční sestry, musí mít dokončené PSS v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče. V případě velmi závažného polytraumatu si urgentní sestra přivolává na pomoc sestru z lůžkového oddělení, případně i sanitářku.

Dalším mezníkem pak bylo jmenování našeho pracoviště klinikou k 1. 4. 2006. Rok 2006 se dále nesl ve znamení přípravy podkladů pro získání certifikátu ISO 9001:2000. V lednu 2007 se nám podařilo certifikát získat.

V současné době jsou na urgentním příjmu k dispozici dvě kompletně vybavená resuscitační mobilní lůžka a v případě potřeby je klinika schopna zajistit ošetřování dvou pacientů najednou. I nadále zde pracuje pět sester specialistek a počet ošetřených pacientů stále stoupá. Do konce dubna letošního roku bylo na urgentním příjmu ošetřeno 270 pacientů. Z tohoto počtu bylo 44 traumat a 16 polytraumat.

Anna Hlavoňová

Aktuality

NOVÁ MAGNETICKÁ RESONANCE ACHIEVA 1.5 T PHILIPS

Nová celotělová magnetická resonance Achieva 1,5 T od firmy Philips je moderní přístroj s vysokou silou magnetického pole a velmi výkonnými gradienty, což umožňuje provádět i ty nejnáročnější typy vyšetření. Přístroj se vyznačuje vysokou kompaktností a díky výborné homogenitě magnetického pole i velmi krátkou délkou tunelu, což usnadňuje pacientům překonání pocitu stísněného prostoru.

Přístroj má velmi rozsáhlý software a hardware. Kromě rutinních vyšetření, kde je schopen díky široké škále možných akvizičních sekvencí poskytnout vyšetřujícím lékařům maximum diagnostických dat, umožňuje provádět vysoce sofistikovaná a náročná vyšetření mozku, srdce, kardiovaskulárního systému, prsou a další.

U vyšetření mozku je tak nyní možno provádět velmi rychlé akvizice dat schopné částečně eliminovat drobné pohyby u neklidných pacientů. Díky speciálnímu SW vybavení přístroj dále umožňuje mapovat v mozku jednotlivé neurální trakty a je schopen provést i funkční vyšetření, při kterém detekuje a zobrazí centra smyslového vnímání, pohybu a řeči. Tento nástroj poskytuje v případě následných neurochirurgických zákroků v mozku přesné informace o jeho anatomii a výrazně tak snižuje riziko případného poškození pacienta.

Přístroj dále obsahuje škálu HW a SW příslušenství pro pokročilé vyšetřování srdce podle nejnovějších standardů, jako např. zobrazení koronárního řečiště, zobrazení srdeční morfologie včetně techniky tzv. černé krve (Black Blood

imaging), měření průtoků krve v jednotlivých srdečních oddílech, dále perfúzní studie myokardu v klidu a při stresu a také velmi důležité zobrazení tzv. srdeční vitality pro zobrazení změn po proběhlých infarktech.

V neposlední řadě je nutné se zmínit o možnostech provádění celotělových vyšetření, kdy lze např. poměrně rychle zobrazit kardiovaskulární systém pacienta nebo provést unikátní celotělové difúzní vyšetření DWIBS pro vysoce senzitivní detekci a zobrazení lézí. Tento nástroj pak může být např. u onkologických pacientů vhodnou náhradou za vyšetření na pozitronovém emisním tomografu při sledování vývoje terapie.

Na závěr je důležité uvést, že díky plně digitální technologii a nejsilnějším gradientům je možno poměrně jednoduše udržovat přístroj na úrovni nejnovějších zobrazovacích metod a technik jednoduchým upgradem či rozšířením SW, což brání morálnímu zastarávání přístroje v současné době rychlého rozvoje této diagnostické modalit.



Centralizovaná resuscitační a intenzivní péče, PMDV – mnoho zachráněných životů, ale i rozhodování na konci života



Dne 1. května 2005 byl ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Bohunice v rámci I. anesteziologicko-resuscitačního oddělení (I. ARO) zahájen provoz lůžkového oddělení resuscitační a intenzivní medicíny (ORIM) v nové podobě.

V dubnu 2006 byl celému pracovišti udělen statut kliniky a lůžkové oddělení je v současné době se svými 20 lůžky největším pracovištěm tohoto typu na Moravě. Je stavebně i organizačně rozděleno do čtyř stanic ORIM I až IV, z nichž každá má vlastní zázemí. Dvě stanice mají boxový systém péče, ostatní jsou oddělení otevřená. Lékařský tým lůžkové části KARIM tvoří drtivou většinou anesteziologové. Dva z lékařů našeho týmu jsou internisté s atestací II. stupně a dva jsou chirurgové s atestací I. stupně.

Nedílnou součástí péče o resuscitační nemocné je ošetrovatelská péče. V současné době pracuje na lůžkové části naší kliniky 76 sester, specialistek v oboru intenzivní péče, 15 % tvoří sestry s ukončeným vysokoškolským vzděláním.

CO PŘINESL ROK A PŮL NAŠÍ PRÁCE?

Za 18 měsíců bylo na oddělení hospitalizováno celkem 1236 pacientů. Průměrná ošetrovací doba byla 6,5 dne. K nejčastějším příjmovým diagnózám na ORIM patří: sepsa, kraniocerebrální poranění, spontánní intracerebrální krvácení, polytrauma, stav po KPR. Průměrné APACHE II skóre přijímaných pacientů dosahuje 20,55, mortalita je 13,5 %. Bodová produkce na ORIM vzrostla o 2,5 milionu bodů za měsíc (tj. cca o 20 %) a hospodářská bilance KARIM je dlouhodobě kladná. Nedílnou součástí je ošetrování nemocných s mnohočetným poraněním, celkový počet dosáhl 72 a jejich počet narůstá.

CO BYCHOM CHTĚLI DO BUDOUČNA?

V souladu s vizí rozčlenění zdravotnické péče v kraji nás zřejmě čeká rozšíření péče o traumatizované nemocné. Z toho vyplývá potřeba dalších intenzivních lůžek včetně kompletního vybavení a personálu.

Další velmi náročnou a ožehavou otázkou, navíc vycházející z praktických každodenních potřeb, je problematika pacientů, u kterých provádíme tzv. rozhodování na konci života – end of life decision. Dle deskriptivních studií provedených v USA jeden z pěti pacientů, kteří zemřou, jsou přijímáni na jednotky intenzivní péče. Se stárnutím populace a s využíváním intenzivní péče pro více nemocné pacienty se bude tento počet navyšovat. Vzhledem k signifikantní alokaci finančních prostředků na léčbu pacientů, kteří nakonec nepřežijí, a vzhledem ke stále většímu zastoupení geriatrických pacientů s chronickým multiorgánovým selháváním, kteří jsou přijímáni na intenzivní péči,

vystupuje do popředí potřeba přehodnocování terapeutické strategie vzhledem k aktuálnímu stavu a prognóze nemocného, tzv. kategorizace. Extenzivní léčby takovýchto pacientů jejich prognózu nezlepší a je lidsky a ekonomicky neadekvátní. Kategorizace nemocných představuje stanovení širší diagnostických a terapeutických postupů u individuálního nemocného s ohledem na anamnézu, dosavadní průběh onemocnění, stupeň a rozsah orgánové dysfunkce, stupeň narušení integrity organismu, reakce na dosavadní terapii a prognózu nemocného (krátkodobou i dlouhodobou). Důležité je brát zřetel na výchozí a předpokládaný dosažený stupeň kvality života. Výše uvedené souvisí s významným rozvojem v chápání a začlenění paliativní péče do intenzivní medicíny, ke kterému došlo v posledních desetiletích. V současnosti lze totiž zachránit mnoho životů – léčba je tedy možná a proveditelná – ale pacient dlouhodobě přežívá ve stavu, který je považován za neutěšený. Paliativní péče tudíž musí být integrální součástí každodenní práce všech zdravotníků na jednotkách intenzivní péče. I když rozhodování o intenzitě léčby není v současné době v ČR přímo řešeno žádnou legislativní normou, je k dispozici závěr Etické komise MZ ČR z roku 1997. Zde je mimo jiné uvedeno, že formulace názoru lékaře na prognózu nemocného je plně v jeho kompetenci a následný záznam v dokumentaci s jeho úvahou o zavedení či nezavedení diagnostických a léčebných postupů je nedílnou součástí této dokumentace a z tohoto pohledu takovýto záznam není v rozporu s etikou lékaře.

Podmínky omezování léčby:

- ☐ rozhodování je týmové
- ☐ nesouhlas byť i jednoho člena týmu by měl vést k oddálení



- rozhodnutí o omezení léčby
- první rozhodování po minimálně 24 hodinách pobytu na JIP
- rozhodnutí o omezení léčby musí být jasně zdůvodněno a dokumentováno
- omezení léčby musí být opakovaně přehodnocováno
- důležitá je flexibilní spolupráce a komunikace s jinými obory, které se podílejí na péči o pacienta (konziliáři)
- nemá závazný charakter pro jiná pracoviště
- používání termínu „kategorizace“ v kontaktu s rodinou je nadmíru nevhodné
- součástí tohoto přístupu je pravidelný kontakt a kvalitní komunikace s rodinou a nejbližšími. Rodina je totiž nejpo-

volanější v předání názoru pacienta na kvalitu života, lékař střízlivě posuzuje medicínské vyhlídky na uzdravení pacienta a na možnost jeho další kvality života.

- pacient má i při paliativní léčbě nárok na komfort po celý zbývajíc život, kdy odnímána je marná léčba, ne péče, a symptomatická léčba se soustřeďuje na odstranění dušnosti, bolesti a případných jiných dalších nepříjemných symptomů.

MUDr. Iveta Zimová, MUDr. Eva Straževská, MUDr. Helena Ondrášková, MUDr. Jan Malásk, MUDr. Jan Vach, prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSC.

Ošetrovatelská kazuistika u pacientky s dg. meningoková sepe



Meningokokové infekce patří mezi nejrychleji smrtící onemocnění s úmrtností 2 až 25 %. Rizikovou skupinou jsou mladí lidé ve věku 15 až 19 let a děti mezi 1. a 4. rokem. Onemocnění je způsobeno bakterií *Neisseria meningitis*, která se přirozeně vyskytuje v nose a krku 5 až 10 % populace, aniž by jim způsobila vážnější obtíže. Šíří se jako kapénková infekce, snadno v kolektivech či dopravních prostředcích. Proč se u některých jedinců vyvine v závažné onemocnění, není dosud přesně známo. K propuknutí přispívá mj. tělesná zátěž, stres a pasivní kouření. Prevencí je očkování polyvalentní vakcínou, která však nechrání proti typu B. V kazuistice uvedeme plán ošetrovatelské péče u šestnáctileté dívky s meningokokovou sepsí způsobenou *N. meningitis* typu C. Dívka byla přijata 25. 5. 2005 v dopoledních hodinách ve velmi vážném stavu s plně rozvinutými příznaky onemocnění.

Z anamnézy: před dvěma dny dívka navštívila diskotéku, zde upadla na schodech, udávala bolestivost pravého lýtky. Následující den se objevují febrilie až 40 °C, na pravém lýtku výsev petechií. Ošetřena na chirurgii, kde rtg negativní. Odeslána domů, doporučena elevace končetiny. Další den petechie po celém těle, febrilie trvají, bolesti hlavy a celého těla. Přes spádovou nemocnici odeslána RZP na naši kliniku.

STAV PŘI PŘIJETÍ

Dívka je při přijetí při vědomí, schvácená, unavená, slovní kontakt lze navázat, odpovídá adekvátně, nařká na bolestivost celého těla. Kůže je poseta petechiemi až sufuzemi, nejvýrazněji v obličeji, na zádech a dolních končetinách. DKK prosáklé.

Pacientku ukládáme na samostatný box, s polohovatelným lůžkem s postranicemi, napojujeme na monitor, kyslík brýlemi. Postupně zavedeny tři periferní žilní linky a močový katetr. Provedena lumbální punkce a krevní odběry. FF při příjmu TK 90/60, P 140', TT 38 °C, saturace 95 %.

Medikace: Ceftriaxon i.v., Dexamed i.v., Gardenal i.v., Dobutamin i.v. kontinuálně, Manitol 20%, Dicynon iv., Novalgin i.v., Ceprotin i.v. Dále podána Flebogamma, Antitrombin, Kybernin, Fibrinogen, krevní plasma, trombonáplav, R/G, 10 %G+ionty. Konziliární vyšetření: vyšetření očního pozadí, hematologické konzilium.

PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Sufuze v následujících hodinách přibývají, splývají. Pravá oční spojivka je prokrvácená. Močový katetr vede moč s příměsí krve. Trvá tachykardie a hypotenze. Toleruje čaj po lžičkách. Dívka je mrzutá, udává bolesti bez určení lokalizace, objevují se neadekvátní dotazy a poruchy orientace. Pacientka je neklidná, sundává si kyslíkové brýle. Jsou nutné úvazky. V noci prakticky nespí, neustále vyžaduje přítomnost sestry.

2. den hospitalizace: Záplava sufuzí po celém těle a v obličeji, ale nové již nepřibývají. Na levé lopatce, v křížové krajině a DKK velké splývající sufuze. Toleruje stravu D4. Dle neurologického konzilia chabá kvadruparéza, výrazněji na DKK.

3. den hospitalizace: Komunikace přiměřená. Kožní nález v obličeji se zlepšuje. Dolní končetiny jsou prosáklé, pohyb omezený



a bolestivý. Odmítá stravu, objevují se časté průjemové stolice. Zaveden CVK.

Od 7. dne dochází ke zlepšení celkového stavu, 14. den zrušen CVK pro febrilie. 17. den sufuze v obličeji vymizelé. Na trupu, lýtkách zasychají a stahují se, ošetřovány Flamezinem. Pokusy o vertikalizaci. 27. den je dívka transferována do popáleninového centra k doléčení kožního poškození. Zde pod zasychajícími sufuzemi zjištěny hluboké nekrózy svalové tkáně.

ZÁVĚR

V loňském roce dívka absolvovala lázeňskou léčbu, má za sebou řadu plastických operací zejména na dolních končetinách. Další zákroky ji teprve čekají. Tato, dnes veselá a usměvavá mladá dáma, navštěvuje naše oddělení již jen v rámci pravidelné dispenzarizace.

Ošetrovatelský plán v prvních dvanácti hodinách hospitalizace:

Akutní bolest v souvislosti a) se základním onemocněním projevující se slovním vyjádřením, mimikou obličeje, neklidem, změnou fyziologických funkcí

b) s lumbální punkcí

Cíl: bolest je zmírněna nebo odstraněna, pacient pociťuje tělesný a duševní komfort

Intervence: sleduj intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti akceptuj bolest tak, jak ji pacientka vnímá, podej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, pouč pacientku o dodržování polohového režimu po LP, pomoz pacientce nalézt úlevovou polohu a zajisti klidné prostředí

Hodnocení: pacientka polohována do úlevové polohy, neustále si stěžuje na pocit nepohodlí, nevydrží v jedné poloze, opakovaně podáván Novalgin i.v., účinek trvá 1 – 3 hodiny, před LP podáno Dormicum i.v.

Změna fyziologických funkcí v souvislosti se základním onemocněním projevující se zvýšenou pulzovou frekvencí nad 140, hypotenzí až 75/40

Cíl: dojde k normalizaci fyziologických funkcí

Intervence: napoj pacientku na monitorovací přístroj, měř krevní tlak v určených intervalech dle ordinace lékaře, podej léky k podpoře krevního oběhu dle ordinace lékaře a sleduj reakci na ně, sleduj prokrvení a barvu kůže, sleduj kvalitu a frekvenci dýchání podej zvlhčený kyslík dle ordinace lékaře, sleduj saturaci kyslíkem, sleduj stav vědomí sleduj bilanci tekutin, otoky

Hodnocení: I přes medikaci tachykardie a hypotenze trvá. Pacientka neklidná, saturace v normě. Močí dostatečně.

Porucha orientace v místě, osobě a čase v souvislosti s postižením CNS projevující se neadekvátními dotazy, neklidem, nespouprací

Cíl: pacientka je klidná, spolupracuje, pacientka si uvědomuje realitu, místo, čas

Intervence: sleduj stav vědomí pacientky, ověřuj cílenými dotazy orientaci pacientky, snaž se uklidnit pacientku, jedné trpělivě, zhodnoť riziko poškození, které si pacientka může způsobit, zajisti

bezpečnost pacientky (zvýšený dohled, postranice, úvazky) podej léky dle ordinace lékaře a sleduj reakci.

Hodnocení: U pacientky se občas objevují neadekvátní dotazy, myslí si, že je ve škole, hovoří s paní učitelkou, je neklidná, odmítá ležet na zádech, sundává si kyslíkové brýle. Pacientka je tlumena, nutné úvazky.

Změna tělesné teploty z důvodu sepse projevující se zvýšenou tělesnou teplotou, teplotou kůže, tachykardií, tachypnoí

Cíl: pacientka má normální tělesnou teplotu, vitální funkce jsou ve fyziologickém rozmezí

Intervence: měř tělesnou teplotu v pravidelných intervalech, sleduj fyziologické funkce, sleduj bilanci tekutin, podej antipyretika dle ordinace lékaře

Hodnocení: pacientka subfebrilní max. 38 °C, po podání Novalginu i.v. pokles na fyziologickou hodnotu

Riziko infekce z důvodu a) periferních žilních linek b) zavedení permanentního močového katetru

Cíl: Vstupy jsou bez známek infekce.

Intervence: dodržuj aseptické podmínky při zavádění žilních linek (moč. katetru), zaznamej den zavedení žilní linky (moč. katetru), sleduj celkové projevy infekce – zvýšení tělesné teploty, sleduj lokální projevy infekce – bolestivost, zarudnutí v okolí vstupu, zajisti pravidelnou výměnu infuzních setů, pečuj o uzavřený drenážní systém moč. katetru

Hodnocení: Žilní linky i moč. katetr vedou bez komplikací.

Riziko vzniku dekubitu z důvodu snížené hybnosti a v souvislosti se změnami na kůži

Cíl: nedojde ke vzniku dekubitu

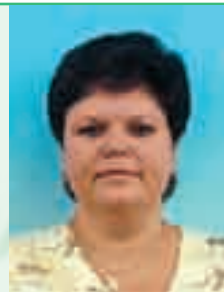
Intervence: zhodnoť stupeň rizika vzniku dekubitu, ulož pacientku na antidekubitární podložku, informuj pacientku o nutnosti změny polohy těla, udržuj pokožku těla suchou, sleduj rozvoj patologických změn na pokožce

Hodnocení: bez poruch kožní integrity

Hana Křížová, DiS., Hana Škabrahová, Dis.



Péče o novorozence po časné rekonstrukci rtu



Narození dítěte je výjimečná událost. Je to čas očekávání, radosti a štěstí.

Když se narodí dítě s rozštěpem rtu a patra, je to u většiny rodičů provázeno překvapením až zděšením, zvláště tehdy, nebyla-li vada zachycena prenatalním ultrazukovým vyšetřením. Je velice těžké se u svého dítěte vyrovnat s vadou, která ho na první pohled odlišuje od ostatních dětí.

K postižení plodu dochází v prvních týdnech gravidity a svou úlohu zde sehrává dědičnost, zevní vlivy prostředí, výživa, zdravotní stav matky v prvním trimestru, viry a mnoho dalších faktorů.

Přes veškeré výzkumy a prevenci zatím rozštěpových vad neubývá. Ve střední Evropě se rodí jeden postižený jedinec na 700 zdravých dětí.

Rozštěpy je možno rozdělit na typické a atypické (vzácné):
Typické:

a) rozštěp rtu, patra a čelisti – jedno i oboustranný (častější u chlapců)

b) rozštěp patra izolovaný (častější u dívek)

Rozštěpy také mají různý stupeň postižení od mikroforem, přes formy naznačené, neúplné a úplné.

Na našem pracovišti je prováděna sutura rtu v prvních dnech po porodu, a to z důvodu tvorby méně nápadných jizev. Vysvětlením je přetrvávající vysoká hladina kyseliny hyaluronové ve tkáních, která během druhého týdne života klesá na trvalou celoživotní hodnotu. První časná operace rozštěpu rtu v České republice byla provedena v únoru 2005 doktorkou Vokurkovou z Kliniky plastické a rekonstrukční chirurgie FN Brno. V současné době jsou ve FN Brno operovány děti z celé Moravy.

Neonatální operace rtu zejména u dětí s velmi širokými celkovými rozštěpy má pozitivní vliv na celkovou psychickou pohodu rodiny. U novorozence přispívá k časnému zahájení přirozené výživy a je sníženo riziko infekcí HCD. Tyto operace se provádějí ve spolupráci plastického chirurga, neonatologů a anesteziologů. Rodiče musí s operací písemně souhlasit.

Relativní nevýhodou nového postupu jsou zvýšené finanční nároky na intenzivní a resuscitační péči, kterou operovaní novorozenci vyžadují.

Příjem pacienta probíhá nejčastěji den před operací. Jsou provedena laboratorní vyšetření, anesteziolog ordinuje premedikaci a čas posledního podání stravy.

Po operaci je dítě zaintubované, tlumené, napojené na umělou plicní ventilaci, v případě potřeby fixujeme končetiny. Pro dobré zhojení rány je nutné zajistit naprostý klid dítěte.

1. den je rána sterilně kryta, sledujeme krvácení, šetrně odsáváme dýchací cesty, zajišťujeme parenterální výživu. Dítěti jsou podávány zajišťovací dávky antibiotik.

Od 2. dne ošetřujeme rty O-Septonex ung., nosní dírky jemně

vytíráme vazelinou, deformovaný nos formujeme pomocí silikonových nostril, zahajujeme enterální výživu sondou.

K dítěti je co nejdříve přijímána matka k nácviu kojení, případně krmení z lahvičky, ošetřování rtu a formování nosu.

10. den plastický chirurg vytahuje stehy a dítě je propuštěno domů.

KASUISTIKA:

Chlapeček z druhé gravidity, 2500g/48 cm. V 31. tg. zjištěná vrozená vývojová vada patra. Porozen císařským řezem v 35. tg. pro nepostupující porod, nekříšen. Poporodní adaptace bez potíží. Pro ikterus zahájena fototerapie. 5. den života překlad na naše pracoviště k chirurgickému řešení VVV – široký jednostranný rozštěp rtu, patra a čelisti.

1. den provedena předoperační vyšetření, zavedena infuzní terapie, pokračujeme ve fototerapii.

2. den ráno operace rtu. Po návratu z operačního sálu chlapeček zaintubován, nasazena analgosedace.

5. den extubován. Přechodně v kyslíkové atmosféře pro ztížené dýchání z důvodu obstrukce nosu tamponádou. Postupné zatěžování stravou perorálně. Promazávání rtu O-sept. ung., zavedeny silikonové nostrily.

8. den zrušena kyslíková terapie. Přijata maminka k nácviu kojení.

9. den vytaženy stehy z operační rány, pokračování v ošetřování rtu. Chlapeček pije z lahvičky, maminka zkouší kojít.

11. den propuštěn domů

Od února 2005 do března 2007 bylo na našem pracovišti ooperováno 49 novorozenců s rozštěpovou vadou obličeje.

Léčba těchto pacientů je mnohoetapová a dlouhodobá. Na léčbě se podílí tým odborníků: plastický chirurg, ortodont, foniatr, pediatr, psycholog, logoped, anesteziolog, genetik a nedílnou součástí léčby je spolupráce rodičů.

Blanka Hašková, Ludmila Pecková

Literatura:

www.pediatrics.org

www.operativa.cz

Borek I. a kol., Vybrané kapitoly z neonatologie, IDVPZ Brno, 2001

Představujeme vám JIP 44



První dětská interní klinika (I. DIK) je od května 2006 držitelem certifikátu Systému managementu jakosti dle ISO 9001:2000. Klinika má tři oddělení, dvě standardní – oddělení 69 + oddělení 67. Oddělení č. 67 má interní a kožní část. Součástí kliniky je jednotka intenzivní péče- JIP 44.

Ambulantní část je začleněna pod Poliklinická ambulantní část, odborně je ale řízená I. DIK. Její součástí je ambulance všeobecná, ambulance všeobecná kožní, ambulance specializované interní, ambulance specializované kožní. Všeobecná ambulance má nepřetržitou pohotovostní a příjmovou službu. Kožní ambulance zajišťují komplexní dermatovenerologickou péči pro pacienty z celé ČR.

I. DIK je postgraduálním pracovištěm lékařů ve specializačním vzdělávání v oboru dětské lékařství a dalších specializačních oborech navazujících na základní kmen dětského lékařství. Výukovým pracovištěm studentů v oboru dětské lékařství LF MU, všeobecného směru, stomatology, zubního lékařství i rozšířené výuky pediatrie včetně výuky zahraničních studentů, dále výuky bakalářského a magisterského studia zdravotních věd, studentů střední zdravotnické školy a vyšší zdravotnické školy. Klinika úzce spolupracuje s NCO NZO. Stejně i v kožní části výuky pre a postgraduální v oboru dětská dermatovenerologie.

JIP 44 disponuje třemi pokoji se sedmi lůžky. Kromě těchto pokojů pro děti je na oddělení jeden pokoj i pro matky dětí, které jsou hospitalizovány na JIP. Snažíme se, aby i na JIP nebylo dítě odloučeno od rodiny. Oddělení 44 JIP je vybaveno moderní zdravotnickou technikou: monitory vitálních funkcí, elektrickými polohovacími resuscitačními lůžky, infuzními pumpami, lineárními dávkovači, zařízením k aplikaci kyslíko-

vé terapie, nebulizátory, monitorem metabolických funkcí. Intenzivní péče je poskytována nemocným, kteří jsou ohroženi selháváním vitálních funkcí a vyžadují intenzivní sledování a léčení. Můžeme monitorovat stav vědomí, dýchání, činnost srdce a vnitřní prostřední – vodní, iontovou a acidobazickou rovnováhu, vše s přihlédnutím k bio-psycho-sociálním potřebám našich dětských pacientů. Personální obsazení: 1 vedoucí lékař, 2 sekundární lékaři, 13 SZP, 1 NZP, 1 PZP.

Nejčastější stavy ohrožující život dětí, které jsou hospitalizovány na našem oddělení:

- urgentní stavy vyžadující monitorování životních funkcí pomocí přístrojů
- krevní choroby
- poruchy metabolismu
- děti k realimentaci se stomiemi
- šokové a septické stavy
- poruchy ventilace a oxygenace
- intoxikace

Intoxikace jsou nezanedbatelné co do počtu a závažnosti. Jedná se o otravy-chorobný stav, vniknutí škodlivé látky do organismu, která vyvolá poškození, eventuálně i zánik organismu. Nejčastější intoxikace v dětském věku můžeme rozdělit do dvou skupin. V první skupině jsou děti mladší 6 let, kdy je intoxikace způsobena náhodným požitím toxické látky, tj. požití léků, částí rostlin, různých chemikálií... Druhou skupinu tvoří pubescenti a adolescenti, zde patří sebevražedné intoxikace, demonstrativně-sebevražedné intoxikace, předávko-

TABULKA – PŘEHLED INTOXIKACÍ V ROCE 2006 NA ODDĚLENÍ JIP 44

Ročník / intoxikace	Měsíc / pohlaví	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	celkem
1989-1995 / alkohol	chlapci		1		1	2			1			5		
	dívky			2			1		1	1	2	3	3	13
1989-1995 / léky a jiné	chlapci				1	1								2
	dívky	1	2	1		2	2	2	3	1	2	5		21
2001-2006 / léky a jiné	chlapci	2	1		2	1	3	1	1	1		3	2	17
	dívky			1		1			2	1	2	1	4	12
	Celkem	3	3	4	4	5	7	5	7	4	7	12	9	70

TABULKA – PŘEHLED INTOXIKACÍ V ROCE 2007 NA ODDĚLENÍ JIP 44

Ročník / intoxikace	Měsíc / pohlaví	I.	II.	III.	Celkem
1989-1995 / alkohol	chlapci		2	2	4
	dívky		1		1
1989-1995 / léky a jiné	chlapci			3	3
	dívky	2	2	3	7
2001-2006 / léky a jiné	chlapci	1	1	2	4
	dívky				
Celkem		3	6	10	19



vání drogou či alkoholem. V roce 2006 bylo na oddělení 44 přijato 70 dětí s diagnózou intoxikace.

Do tabulky byly zařazeny všechny intoxikace, které byly diagnózami přijímacími – základními.

Příznaky otrav: každý nejasný chorobný stav a porucha vědomí může být prvním příznakem otravy. Poruchy vědomí mohou být kvalitativní i kvantitativní, křeče, poruchy oběhu-hypotenze, puls špatně hmatný až nehmatný, poruchy dechu-bradypnoe, tachypnoe, příznaky GIT-nevolnost, zvracení, průjem. Všechny vznikají z plného zdraví.

Terapeutický postup:

1. anamnéza – s maximem informací o požití škodlivě-konsultace s toxikologickým centrem
2. stabilizace a monitorace fyziologických funkcí
3. snížení absorpce toxinu-zvracení, výplach žaludku, aktivní uhlí, projímadla
4. zvýšení eliminace toxinu-forsírovaná diuréza, hemodialýza, hemoperfúze
5. podpurná terapie
6. psychologické, eventuálně psychiatrické vedení

Ošetrovatelská péče:

- ☐ monitorace vitálních funkcí - TK, P, D a saturace hemoglobinu pulsní oxymetrií, TT
- ☐ monitorace stavu vědomí
 - reakce na zevní stimulaci slovem dotykem, vybavením bolestivého podnětu-Glasgow coma scale
 - reakce zornic, velikost, postavení očních bulbů
 - funkce hlavových nervů: kašlací a polykací reflex
 - změny v motorice: ochablost, paralýza, zvýšená dráždivost, křečová pohotovost
- ☐ zajištění žilního přístupu
- ☐ odběr krve a moče na toxikologii, KO a diff., JT, ionty, AMS, osmolalita, moč
- ☐ plnění ordinace lékaře: aplikace kyslíku, léků, antidota
- ☐ monitorace bilance tekutin, zavedení močového katetru

- ☐ zabezpečení pacienta na lůžku: prevence úrazu-zábrany, fixace končetin

Vždy musíme mít na paměti, že léčíme pacienta, nikoli toxickou látku. Jen u malého počtu je k dispozici specifické antidotum, které pacienta zbaví příznaků toxicity. Mnohem častěji je jedinou cestou k cíli pečlivé monitorování základních životních funkcí a podpurná léčba. Každá intoxikace je hlášena sociální pracovníci.

Možné ošetrovatelské diagnózy:

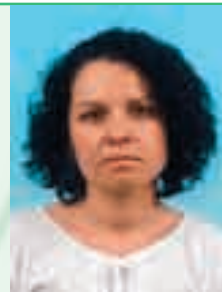
- ☐ alterace fyziologických funkcí z důvodu intoxikace
- ☐ riziko aspirace z důvodu snížené úrovně vědomí
- ☐ riziko úrazu z důvodu zneužívání léků, drog
- ☐ riziko křečí z důvodu intoxikace
- ☐ zvracení z důvodu intoxikace
- ☐ chování dítěte-porucha z důvodu závislosti na návykových látkách
- ☐ riziko násilí vůči sobě i ostatním z důvodu toxické lékové reakce akutní alkoholové intoxikace
- ☐ tělesná hybnost-porucha z důvodu bezpečnostních léčebných opatření
- ☐ změna tělesné teploty – snížení z důvodu podchlazení
- ☐ úzkost z důvodu zneužívání léků a drog

U věkové skupiny batolat (předškolní děti) je jasnou příčinou hospitalizace selhání lidského faktoru. V tomto věku nelze děti nechat bez dozoru. Všechny potenciální toxiny mají být mimo dosah dětí, nejlépe v uzamykatelných skříňkách.

U druhé skupiny pacientů by měla být určitě zintenzivněna zdravotní výchova. Za zvážení stojí i případná částečná či plná finanční spoluúčast rodičů.

Iveta Vaňáčková

Paliativní péče



Na našem pracovišti konzervativní onkogynekologie FN Brno poskytujeme našim pacientkám komplexní léčbu nádorových onemocnění chemoterapií a radioterapií. Důležitou součástí naší práce je také paliativní péče o pacientky v pokročilém stadiu onemocnění, u kterých již byly veškeré možnosti léčby vyčerpány.

Tyto pacientky jsou na naše pracoviště přijímány při zhoršení celkového stavu, většinou se silnými bolestmi, nevolností, zvracením a dalšími obtížemi.

Na našem pracovišti poskytujeme paliativní péči do doby, než je pacientka přeložena do zařízení následné péče (Hospic, LDN) nebo umírá.

Sestry u nás zásady paliativní péče dobře znají, pravidelně se zúčastňují vzdělávacích seminářů zaměřených na novinky v paliativní péči a snaží se je v maximální možné míře při své práci využívat.

Při péči o pacientku vycházíme ze zásad a principů paliativní péče:

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu.

Jedná se o soubor opatření poskytovaných nemocnému v případě, že cílem léčby již není a nemůže být uzdravení. Opatření jsou orientovaná na nemocného, jeho psychiku, sociální potřeby a na duchovní stránku jeho osobnosti.

Cílem paliativní péče je zaručit nemocnému nejlepší možnou kvalitu života, zajistit zmírnění bolestí, tělesných a duševních strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče pomáhá nemocnému, aby mohl až do konce svého života vést podle svých možností aktivní život a také útěchu jeho rodině v průběhu onemocnění a v období smrti.

Paliativní péče by měla být bez zbytečného prodloužení dostupná každému, kdo ji potřebuje, a to v prostředí odpovídajícímu v maximální možné míře jeho potřebám a přáním.

Paliativní péče chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk tuto závěrečnou etapu života prožívá zcela individuálně.

Chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života, vychází důsledně z přání a potřeb nemocných a jejich rodin.

Dokáže úspěšně zvládat bolest a další projevy závěrečných stádií nevléčitelných onemocnění.

Neodstranitelnou bolest se snaží kompenzovat citlivým lidským přístupem.

Ke zmatenosti onkologických pacientů přistupuje citlivě a lidsky.

Je založena na týmové spolupráci a zahrnuje lékařské, psychologické, sociální a duchovní aspekty.

Nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlnném prostředí.

Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek.

Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Typy poskytované paliativní péče:

- ☐ obecná
- ☐ specializovaná

Obecná paliativní péče, v situaci pokročilého onemocnění, je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Specializovanou paliativní péči poskytují:

- ☐ zařízení domácí paliativní péče, domácí hospic
- ☐ hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- ☐ oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení
- ☐ konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení
- ☐ specializovaná ambulance paliativní péče
- ☐ denní stacionář paliativní péče
- ☐ zvláštní zařízení specializované paliativní péče

Na našem oddělení konzervativní onkogynekologie poskytujeme pacientkám v terminálním stádiu onemocnění obecnou paliativní péči v maximálním možném rozsahu.

PALIATIVNÍ PÉČE JAKO PRÁVO OBČANA

V zemích EU i v dalších rozvinutých státech je stále jednoznačněji formulováno přesvědčení, že zajištění kvalitní paliativní péče každému, kdo ji potřebuje, je konkrétním výrazem respektu k právům a důstojnosti nevléčitelně nemocných.

Paliativní péče je považována za podstatnou a nedílnou součást zdravotnických služeb.

Česká republika za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zatím zaostává. Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, je však dostupná pouze minimálnímu počtu občanů.

Pro zlepšení situace je třeba systematicky a koncepčně pracovat na tom, aby paliativní péče byla dostupná všem, kteří ji potřebují, zlepšovat vzdělávání sester a lékařů v paliativní medicíně, edukovat společnost o principech paliativní péče, podporovat rozvoj domácí paliativní péče.

Ivana Sedláková
Simona Michnová

Nové knihy Lékařské knihovny



- Bartůňková, S.: Fyziologie člověka a tělesných cvičení, učební texty pro studenty fyzioterapie a studia Tělesná a pracovní výchova zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 2006. 285 s.
- Baskett, P., Nolan, J.: Kapesní vydání doporučených postupů v resuscitaci. Praha: Česká rada pro resuscitaci, 2006. 196 s.
- Bednářová, V., Dusilová-Sulková, S.: Peritoneální dialýza. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 334 s.
- Bělobrádková, J., Brázdová, L.: Diabetes mellitus. Brno: NCO NZO, 2006. 161 s.
- Beranová, Z.: Léčení pohybem, šetrné a efektivní cviky pro zdraví. Olomouc: Poznání, 2007. 141 s.
- Brovliková, A.: Angiologie, 2007. Praha: Galén, 2007. 105 s.
- Cardozo, L., Staskin, D.: Textbook of female urology and urogynecology. Vol. I.II. 2nd ed. Abingdon (UK): Informa Healthcare, 2006. 1391 s.
- Collins, R.D.: Diferenciální diagnostika prvního kontaktu: překlad 3., zcela přepracovaného a doplněného vydání. Praha: Grada, 2007. 578 s.
- Čírtková, L.: Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese. Praha: Grada, 2007. 171 s.
- Drtilková, I.: Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD). Praha: Galén, 2007. 87 s.
- Drtilková, I., Šerý, O.: Hyperkinetická porucha (ADHD). Praha: Galén, 2007. 268 s.
- Dylevský, I.: Obecná kineziologie. Praha: Grada, 2007. 190 s.
- Feigin, V.: Cévní mozková porucha: prevence a léčba mozkového iktu. Praha: Galén, 2007. 207 s.
- Fořt, P.: Tak co mám jíst? Praha: Grada, 2007. 417 s.
- Hampton, J.R.: EKG v praxi. Praha: Grada, 2007. 362 s.
- Herkowitz, H. N.: The cervical spine surgery atlas. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2004. XII, 434 s.
- Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 137 s.
- Hort, J., Rusina, P.: Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického. Praha: Maxdorf, 2007. 422 s.
- Charvát, F., Markalous, B.: Zobrazení hlavy: metodika vyšetřování, anatomie, patologie, klinika: CT, MR, RTG, PET, PET/CT, sonografie, endoskopie, angiografie, intervenční neuroradiologie, navigovaná chirurgie. 2., rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. 658 s.
- Charvát, J., Kvapil, M.: Praktikum umělé výživy: učební texty k praktickým cvičením z umělé výživy. Praha: Karolinum, 2006. 155 s.
- Ivanová, K.: Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2006. 240 s.
- Janáčková, L.: Psychologické aspekty zdravotnické komunikace. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s.
- Janků, K., Janků, P.: Kardiovaskulární choroby v těhotenství = Cardiovascular diseases during pregnancy. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 319 s.
- Julák, J.: Úvod do lékařské bakteriologie. Praha: Karolinum, 2006. 404 s.
- Karetová, D., Staněk, F.: Angiologie pro praxi. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 400 s.
- Kim, D.H., Cammisa, F.P., Fessler, R.Q.: Dynamic reconstruction of the spine. New York: Thieme, 2006. XIX, 402 s.
- Kohout, P., Kessler, P., Růžičková, L.: Dieta při antikoagulační léčbě. Praha: Forsapi, 2007. 59 s.
- Kohout, P., Lišková, M., Mengerová, O.: Onemocnění slinivky břišní: dieta pankreatická. Praha: Forsapi, 2007. 132 s.
- Komárek, P., Rabišková, M.: Technologie léků: galenika. 3., přeprac. a dopln. vyd. Praha: Galén, 2006. 399 s.
- Kozler, P.: Intrakraniální nádory. Praha: Galén, 2007. 277 s.
- Krajíček, M.: Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění. Praha: Grada, 2007. 436 s.
- Lebl, J., Provazník, K., Hejčmanová, L.: Preklinická pediatrie. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 248 s.
- Lewis, C.E., O'Brien, R.M.: The psychoimmunology of Cancer. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2002. X, 274 s.
- Lincová, D., Farghalli, H.: Základní a aplikovaná farmakologie. 2., dopln. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 672 s.
- Linhartová, V.: Praktická komunikace v medicíně: pro lékaře, mediky a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007. 152 s.
- Lukáš, M.: Neuroendokrinní nádory trávicího traktu: teoretická východiska a klinický přístup. Praha: Maxdorf, 2006. 99 s.
- Mayer, H.M.: Minimally invasive spine surgery: a surgical manual. Berlin: Springer, 2006. XX, 496 s.
- Melicherčíková, V.: Sterilizace a dezinfekce v prevenci nozokomiálních nákaz. Praha: Galén, 2007. 57 s.
- Morschitzky, H., Sator, S.: Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky. Praha: Portál, 2007. 181 s.
- O'Shaughnessy, D., Makris, M., Lillicrap, D.: Practical hemostasis and thrombosis. Malden: Blackwell, 2005. VII, 224 s.
- Pasler, F.A., Visser, H.: Stomatologická radiologie: kapesní atlas. Praha: Grada, 2007. 345 s.
- Pecka, M.: Laboratorní hematologie v přehledu. [2. díl.] Fyziologie a patofyziologie krevní buňky. Český Těšín: Finidr, 2006. 304 s.
- Perušičová, I.: Co je nového na cestě od obezity po kardiabetes. Praha: Geum, 2006. 185 s.
- Preiss, M., Kučerová, H.: Neuropsychologie v neurologii. Praha: Grada, 2007. 411 s.
- Pritchard, D.J., Korf, B.R.: Základy lékařské genetiky. Praha: Galén, 2007. 182 s.
- Průcha, J.: Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2007. 220 s.
- Růžička, E., Brožová, H.: Atlas poruch chůze. Plzeň: Adéla, 2006. CD ROM.
- Seidl, Z., Vaněčková, M.: Magnetická rezonance hlavy, mozku a páteře. Praha: Grada, 2007. 319 s.
- Schulze, R., Roberts, R.D.: Emoční inteligence. Praha: Portál, 2007. 367 s.
- Skalická, H.: Předoperační vyšetření: návody pro praxi. Praha: Grada, 2007. 149 s.
- Slezáková, L.: Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II: pediatrie, chirurgie. Praha: Grada, 2007. 199 s.

Listeria monocytogenes

– možná příčina potratu



V roce 2006 bylo zjištěno 75 pacientů infikovaných *Listeria monocytogenes* (dále jen listerie). Toto množství výrazně překračuje průměr výskytu předchozích let. Vzhledem k závažnosti této infekce pro člověka a především pro těhotné ženy bude jistě užitečné se seznámit s tímto patogenem zevrubněji.

PŮVODCE ONEMOCNĚNÍ A EPIDEMIOLOGIE LISTERIÓZY

Listerie je patogenní pro savce, domestikované i divoce žijící, ptáky i plazy. Mimořádná odolnost vůči změnám zevního prostředí umožňuje listeriím dlouhodobě přežívat ve vodě, půdě a siláži. Základním a téměř vylučným způsobem přenosu jsou potraviny. Kontaminovány mohou být výchozí suroviny (např. mléko, maso a zelenina) nebo vzniká kontaminace sekundárně během výroby či uchovávání potravin. Mezi rizikové potraviny patří zrající sýry, uzeniny, mořské plody a nepasterizované mléko a mléčné výrobky. Prevence listeriózy se shoduje s obecnou prevencí alimentárních onemocnění. Nutno mít na paměti, že listerie se dobře pomnožují i v potravinách uložených v lednici. Onemocnění se vyskytuje převážně sporadicky, méně v epidemiích. V ČR byla evidována velmi nízká nemocnost (10 až 20 nemocných ročně) s celkově mírným vzestupem od poloviny 90. let. Teprve v roce 2006 počet hlášených onemocnění prudce vzrostl.

PATOGENITA LISTERIÍ

Listeria monocytogenes patří mezi fakultativní intracelulární parazity, jejichž významnou vlastností je schopnost pronikat i do nefagocytujících buněk a v nich se množit. Hlavními faktory patogenity jsou povrchový protein internalin, listeriolysin O a proteinový produkt Act A. Branou vstupu je sliznice tenkého střeva. Podrobně je znám mechanismus, kterým bakterie proniká přes střevní bariéru. Tento děj probíhá na principu fagocytózy po specifické vazbě mezi povrchovým proteinem internalinem a receptorem epitelových buněk E – cadherinem. Pohlcené listerie velmi rychle unikají z fagozómu do cytoplazmy buněk a napadají buňky v těsném sousedství. Po průniku do l. propria mohou být fagocytovány makrofágy a zaneseny do lymfatických cév a krevního oběhu.

LISTERIÓZA V GRAVIDITĚ

K listerióze jsou z ne zcela známých příčin vnímavější těhotné ženy. Tato vnímavost může být buď způsobena sníženou regulací buněčné imunity vlivem hormonálních změn, nebo je důsledkem cíleného placentárního tropismu listerií. Listerie infikují placentu hematogenní cestou. Pronikají placentární bariérou stejným mechanismem jako bariérou intestinální po specifické interakci povrchového internalinu s E – cadherinem trofoblastu. Není vyloučeno, že listerie, které jsou přechodně vylučovány ve stolici, se šíří k placentě i ascendentní cestou. V placentě se listerie silně pomnoží,

po průniku do krevního oběhu plodu následuje nekontrolovatelná fetální septicémie.

Listerióza probíhá v těhotenství jako spontánní potrat nebo předčasný porod těžce infikovaného, případně mrtvého novorozence. Potrat a porod mohou být spojeny se septicou reakcí u matky.

NÁLEZY VE TKÁNÍCH PLODU

Infekce plodu je generalizovaná. Postiženými orgány jsou především nadledviny, játra, plíce, eventuálně slezina. Velmi častý je generalizovaný pustulózní exantém. Histologicky jsou ložiskové změny tvořeny zpočátku areaktivní nekrózou, později miliárními abscesy. V literatuře popisované listeriové granulomy jsou až pozdním nálezem. Závažné následky má hnisavá meningitida novorozenců.

DIAGNOSTIKA LISTERIÓZY

Nejdůležitější metodou je kultivace, provádí se i serologické vyšetření. U vrozené listeriózy jsou ke kultivačnímu vyšetření vhodné excize placenty i tkáně plodu (játra), dále smolka a žaludeční obsah. Všechny případy kultivačně ověřené listeriózy podléhají povinnému hlášení.

ADNÁTNÍ LISTERIÓZY DIAGNOSTIKOVANÁ V ROCE 2006 V ÚPA FN BRNO

Během epidemického výskytu listeriózy v ČR v roce 2006 jsme na Ústavu patologie FN Brno diagnostikovali čtyři případy adnatní listeriózy. Ve třech případech byl následkem listeriózy spontánní potrat v 19. - 20. t.g. V posledním vyšetřovaném případě byl klinický průběh provlekklý, infekce se manifestovala jako intrauterinní tíseň plodu s oligohydramniem a tyto nálezy vedly k rozhodnutí o přerušení těhotenství v 25. t.g.

MUDr. Marta Ježová

LISTERIA MONOCYTOGENES – PŘÍČINA POTRATU



Zdroj: M. Vít a kol.: Předběžná zpráva o výskytu listeriózy v ČR v r. 2006. Zprávy CEM (SZÚ Praha) 2007,16, 26 – 28.

Informovanost pacientek před operačním výkonem



Tématem naší práce bylo zjistit, jak a kým jsou pacientky informovány před operačním výkonem a jak podané informace rozumí. Správně informovaná pacientka operační výkon zvládá lépe a lze takto předcházet zbytečným stížnostem po operačním výkonu. Úroveň informovanosti pacientky je závislá na různých aspektech. Ošetrovatelská péče tvoří spolu s diagnostickými a terapeutickými postupy pilíř, o který se opírá celková úroveň péče o pacientky. Součástí procesu zlepšování kvality zdravotní péče je docenění významu ošetrovatelské péče v celém komplexu služeb vykonávaných pro uspokojení potřeb a požadavků klienta. Cílem moderního ošetrovatelství je dosažení vysoké kvality poskytované péče, aktivní účast klienta v ní, vyjádření jeho spokojenosti v konečné fázi. Jedním z bodů je právě i o svém zdravotním stavu dobře informovaný pacient.

Existuje vždy několik informačních zdrojů, které jsou přirozené, neboť každý člověk se snaží získat co nejvíce informací o nemoci, která jej postihla.

Tyto informace získává z několika zdrojů

- ☐ z odborné či populární literatury
- ☐ od ošetrojících lékařů
- ☐ od známých
- ☐ od spolupacientek
- ☐ ze zdravotnických zařízení první linie
- ☐ ze specializovaných pracovišť - klinik

INFORMOVANOST PACIENTEK

Pacientka, která přichází k vyšetření na specializované pracoviště, je ovlivňována několika aspekty.

Pacientka je informována ošetrojícím lékařem, srozuměna a připravena na výkon. V nemocničním prostředí na ni působí stres a vše, co ví o výkonu, se vytratí. Do popředí vystoupí strach, obava z výkonu a co bude do budoucna.

Je proto důležité působit na pacientku okolím:

- ☐ útulnou čekárnou
- ☐ příjemnou hudbou, eventuelně televizí
- ☐ příjemným a vhodným prostředím zdravotnických pracovníků
- ☐ podáním ruky zdravotníka a představením se
- ☐ vysvětlením i opětovným, co pacientku čeká za operační výkon
- ☐ vyslechnout pacientku a vcítit se do jejího problému
- ☐ mít dostatek času na vysvětlení
- ☐ písemným informovaným souhlasem

Ze zkušenosti víme, že i když pacientka je o zákroku informována opakovaně, mnohdy řekne, že informaci nedostala. Proto je důležité mít trpělivost a opět vše vysvětlit.

INFORMACE PŘED HOSPITALIZACÍ

Před každým operačním výkonem dostane pacientka písemný informovaný souhlas, který si má možnost v klidu přečíst, nechat ještě vysvětlit, čemu nerozumí, souhlas podepíše a ten zůstává součástí zdravotní dokumentace.

INFORMOVANOST HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTEK

V legislativě je lékaři uložena povinnost informovat nemocného nebo rodinného příslušníka o povaze pacientova onemocnění. Naše pacientky při příjmu k hospitalizaci udávají jmenovitě, komu může být informace o jejich zdravotním stavu podána. Pacient má právo nesouhlasit se sdělením informací rodinně nebo některým jejím členům.

Dotazníková anketa

Abychom informovanost našich klientek zjistily, požádaly jsme je o vyplnění dotazníku.

Bylo rozdáno celkem třicet dotazníků. Dotazované odpovídaly na pět otázek zaměřených na úroveň informovanosti před operačním zákrokem. Poslední otázka směřovala na situaci po operačním zákroku.

Výsledek dotazníkové ankety

Na otázky odpovídaly klientky ve věkovém rozmezí 30 až 60 let.

Z odpovědí vyplynulo, že:

- získání informací o přípravě a průběhu zákroku písemnou formou doplněnou ústní formou s názornými obrázky u některých operačních výkonů vyhovuje

- větší informovanost je u hospitalizovaných klientek

Z ankety vyplynulo, že všechny klientky jsou informovány o průběhu vyšetření sestrou a lékařem před provedením zákroku.

90 % hodnocení kladné, což znamená, že pacientky byly dostatečně informovány, jaký operační zákrok bude proveden, co mají dodržovat bezprostředně po ukončení zákroku a jaký bude další léčebný postup, je-li ho třeba.

ZÁVĚR

Informovanost klientky o poskytované péči je jedním ze standardů, které musí být splněny, aby nemocnice mohla být akreditována a získat ISO 9001:2000.

Výsledky dotazníkové ankety potvrdily, že informovanost od zdravotnického personálu je dostatečná a je založena na správné komunikaci s klientkou. Na Gynekologicko-porodnická klinice FN Brno pořádáme semináře na odborná témata různých oborů, které můžeme uplatnit v rámci informovanosti klientek, včetně zpracovaných standardů.

Chtěli bychom tak předejít stížnostem klientek na nevhodné chování ošetrojícího personálu a na nedostatečnou komunikaci.

Musíme si uvědomit, že jsme pod trvalým dohledem klientek, a proto musíme stále kontrolovat své chování a vystupování.

Marie Šváblová, Edita Kučerová

0 jedné málo známé zdravotnické profesi



V článku chceme veřejnost naší nemocnice seznámit s prací laborantů v autoptických sálech Ústavu patologie FN Brno. Jde o obtížnou a zároveň společensky důležitou profesi. Je nespravedlivé, že mimo klinické lékařské z velkých klinik je většina zdravotnické veřejnosti informována o práci autoptických laborantů jen velmi málo. Celé naše autoptické oddělení je jak po stránce technického vybavení, tak po stránce estetické moderně uspořádáno. Všichni přednostové patologii

v ČR označili naše oddělení za vzorový typ pro jiné ústavy. Obdivně se vyjadřují i hostující cizinci. Oddělení navštívil také zahraniční expert povolující odběry pro tkáňové banky. Při prohlídce prohlásil: „Viděl jsem mnoho autoptických sálů na celém světě. Nikde jsem však neviděl tak dokonalé spojení funkce, estetiky a pietního nakládání se zesnulými jako zde.“ Organizaci i péči o hygienu přirovnal k chirurgickému sálu. Takové hodnocení je pro patologii nesporně příjemné. Je však pozitivní i pro celou nemocnici, vždyť autoptická část patologie je jednou z cest komunikace nemocnice s veřejností. Za stále udržování vysoké úrovně autoptického provozu v naší nemocnici vděčíme malé skupině čtyř laborantů. Je správné uvést jejich jména. Vedoucím skupiny je pan Pavel Hrubý, středoškolač s maturitou, členové jsou pan Miroslav Kánský s kvalifikací zdravotní sestry a dva přeškolení sanitáři, pan Milan Požár a pan Michal Brož. Na patologii přivedl všechny z nich především zájem o práci ve zdravotnictví.

Úroveň i objem znalostí a dovedností vyškoleného autoptického laboranta je zcela v relaci s úrovní odborných kvalifikovaných zdravotnických laborantů nebo sester. V některých státech mají pro tuto profesi zavedené speciální studium. Také u nás jsou již připravovány náročné kurzy, jsou již formulovány ve vyhláškách (100 hodin praxe, 200 hodin teorie). Kurzy budou probíhat na akreditovaných pracovištích univerzitních nemocnic. Podle náplně a délky kurzu budou absolventi zařazeni do kategorie „autoptický laborant“ nebo „autoptický sanitář“. Prozatím zůstává pravidlem, že náš autoptický laborant se musí své profesi „vyučit“. U nadaných pracovníků s aktivním zájmem o kvalifikaci trvá zaškolení 3 až 4 roky. Dobrý laborant se obtížně hledá. Mnoho lidí má ostych k manipulaci se zemřelými, mají strach z infekce, mají řadu předsudků i zábran. Zaškolený a plně zapracovaný laborant musí mnoho vědět i umět. Kvalifikaci získává praxí, studiem a účastí na pravidelných školeních. Zvláštností tohoto povolání je konstantní spojení odbornosti s fyzickou zátěží. Všichni musí mít předpoklady ke zvládnutí teoretické přípravy a mít vrozenou manuální zručnost. Vyškolený laborant, zná anatomii lidského těla v rozsahu látky pro zdravotní sestry, navíc anatomii skutečně prakticky umí. Zná také všeobecné i speciální postupy autoptické

techniky. Je vyškolen v dokumentační technice, a zná pravidla pořizování histologických excizní tkání i různé postupy fixace tkáňových odběrů. Umí rozpoznat řadu makroskopických patomorfologických diagnóz, vyzná se v různých typech chirurgických operací a umí s operovanými oblastmi těla odborně zacházet. Všechno je nezbytné. Laborant tvoří s patologem harmonickou pracovní jednotku, je asistujícím a spolupracujícím činitelem. Součástí práce je i znalost řady kosmetických postupů. K dovednostem také patří znalost bakteriologických, virologických a serologických odběrů a některé techniky muzeální práce.

K pracovní náplni patří i starost o audiovizuální techniku sálů, péče o sterilní vybavení a o nástrojové vybavení. Laborant zná různé druhy dezinfekce, je informován o řadě hygienicko-epidemiologických pravidel. Na ústavech lékařské fakulty je práce autoptických laborantů náročnější o jejich participaci v procesu výuky mediků i o zapojení v některých výzkumných problematikách. Své nároky má i pomoc lékařům z tkáňové banky při odběrech některých tkání.

Celá manipulace se zemřelými tj. příjem, uložení zemřelých, vlastní autopsie a úprava zemřelých k obřadu se děje na důstojné pietní úrovni. Každý úkon je veden podle standardních pravidel. Práce má také svou společenskou stránku. Do povinností laboranta patří příprava zemřelých k pohřebnímu obřadu. Součástí autoptických sálů je i místnost pro pietní rozloučení pozůstalých se zesnulým. Laborant komunikuje s pozůstalými, což předpokládá přirozený společenský takt a nejlepší vůli vycházet lidem ve složitých životních situacích vstříct. Jeho celková kvalifikace má prostě svou úroveň.

Závěrem vzpomenu na slova již v roce 1956 zesnulého nestora brněnské patologie, pana profesora Neumanna. Po vzoru starých německých patologů chodil k autopsiím v černém plášti a medikům rád demonstroval nálezy. Sály dlouhá léta tehdy vedl pan Fic, člověk s uhlazeným chováním, vždy v naškrobených bílých šatech, vysloveně mediální typ. Těšil se účtět celé nemocnice. My, neinformovaní medicí, jsme ho v prvním praktiku považovali za přednostu a pana profesora za laboranta. Když jsme se uprostřed praktika panu profesorovi omlouvali, s humorem jemu vlastním řekl: „To je v pořádku, mládenci, mě by zde mohl zastoupit každý asistent, ale pan Fic, ten je prostě nenahraditelný, můžete mu klidně říkat ‚pane profesore‘.“ Milá nadsázka, která však dobře vyjadřovala jeho hodnocení práce autoptických laborantů. Dnes, po letitých vlastních zkušenostech, musím jeho slova potvrdit. Výborný laborant je na autoptických sálech postava vážená a skutečně nenahraditelná. Je dnes mou milou povinností, pomocí „Listů“, profesi autoptických laborantů nemocniční veřejnosti přiblížit.

Prof. MUDr. Karel Dvořák, DrSc.

Voda ve FN Brno



Bez vody by nebylo života na Zemi. Jsme složeni převážně z vody.

Podobná konstatování jsme slyšeli mnohokrát, dokonce zaznívají i z televizních reklam. Jak je voda důležitá a že se může stát „úzkoprofilovým zbožím“ si uvědomíme třeba na dovolené v některých zemích, kde voda sice z kohoutku teče, ale nedá se pít, takže nezbyvá, než pitnou vodu kupovat v lahvích. Generaci našich prarodičů by v jejich mládí ani nenapadlo, že se pitná voda bude v budoucnosti prodávat v obchodech. Předpovědi prognostiků a ekologů jsou dost chmurné, voda se má stát strategickou surovinou, možná i příčinou budoucích mezinárodních konfliktů. Vážme si toho, že u nás je zatím vody dost.

JAK JE TOMU S VODOU V NAŠÍ NEMOCNICI?

Stejně jako většina brněnských domácností a podniků je i Fakultní nemocnice Brno odkázána na odběr vody z veřejného vodovodu města Brna, který provozuje akciová společnost Brněnské vodárny a kanalizace. Poloha areálů pracovišť FN Brno buď na kopci, nebo v městské zástavbě, ani budovat vlastní studny neumožňuje. Pouze Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Bílovicích nad Svitavou využívá na základě povolení

lení vodoprávního úřadu dobrou podzemní vodu z vlastního vrtu a studny, ale i tam je pro případ ohrožení kvality vody rozvodněnou řekou Svitavou připravena záložní vodovodní přípojka z vodovodní sítě.

Pitná voda je přiváděna do každého z areálů několika vodovodními přípojkami z různých stran, aby bylo možno v případě havárie na jednom přiváděči použít jiný přívod vody. Potrubním rozvodem v areálu, na němž jsou rozmístěny také požární podzemní hydranty, je voda z přípojek přiváděna do jednotlivých budov. Teplá voda je ohřívána z pitné vody ve výměňkových stanicích, umístěných v suterénech budov, někde je také jedna stanice společná pro několik sousedních objektů.

Zvláštností je zásobování vodou pro lůžkový trakt na Pracovišti medicíny dospělého věku v Bohunicích. Dodávaná voda má totiž standardní tlak pro běžnou zástavbu, ale nestačila by dotéct do horních pater této výškové budovy, která tvoří dominantu jižní části Brna. Proto je studená i teplá voda nepřetržitě čerpána ve vlastní vodárenské stanici pro vyšší tlakové pásmo od 4. do 18. podlaží.

Spotřeba vody pro takový kolos, jako je FN Brno, je obrovská. Pro představu uvádím srovnání. Stejně množství vody, které spotřebuje areál PMDV v Bohunicích průměrně za jediný den, by vystačilo v komfortní domácnosti čtyřčlenné rodině po dobu čtyř roků a devíti měsíců.



Veškerá dodávaná voda je pitná, protože rozvod užitkové vody, kdysi používané na splachování, praní prádla a v průmyslu, byl v celém Brně již dávno zrušen. Jsme tedy nuceni používat kvalitní pitnou vodu i k technologickým účelům.

V úpravě vody energetického centra se pro velkokapacitní nemocniční prádelnu odstraňují z vody především rozpuštěné soli vápníku a hořčíku a tím vzniká měkká voda vhodná pro praní prádla. Toto „odsolování“ probíhá ve filtrech, fungujících na principu výměny iontů a k regeneraci nasycených filtrů se používá zdánlivě paradoxně zase sůl – chlorid sodný. Změkčená voda se dále využívá k chlazení kompresorové stanice a dieselaagregátů v náhradních zdrojích elektrické energie.

V úpravě vody je ještě druhý typ filtrů – dvoustupňová demineralizační stanice, v níž jsou z vody odstraněny úplně všechny rozpuštěné látky, výsledkem procesu je voda podobná vodě destilované. Ta se používá k doplňování do parních kotlů ve výtopně, aby v nich nevznikaly usazeniny kotelního kamene.

Podobná, ale menší demineralizační stanice je v horním technickém podlaží lůžkového traktu PMDV a dodává vodu pro laboratorní účely. Množství odebrané vody za týden je přibližně 20 000 litrů. V nemocnici je ještě řada dalších malých úpraven vody pro konkrétní zařízení, například před myčkami nádobí v kuchyni, v lékárně, v laboratořích a dále systém filtrace vody reverzní osmózou pro hemodialýzu.

Použitá, ale i čistá voda, která zbytečně proteče do kanalizace, se stává odpadní vodou. Ta z celé FN Brno, s výjimkou LDN, odtéká do veřejné kanalizační sítě, která je zakončena v městské čistírně odpadních vod v Modřicích.

V LDN prochází odpadní voda vlastní čistírnou, odkud je vyčištěná a dezinfikovaná vypouštěna do řeky. Kromě toho jsou na PMDV a na PDM vlastní čistírny odpadních vod, které fungují jako takzvané předčisticí desinfekční zařízení pro zvlášť přiváděné odpadní vody z infekčních oddělení a z laboratoří, kde se pracuje s infekčním materiálem.

V čistírnách je oddělen usazený kal, který se termicky desinfikuje párou v tlakové nádobě podobné autoklávu. Zbylá voda je čistěna a provzdušňována v akivační nádrži a hlavně je předepsanou dobu vystavena působení chloru v chlorovací jímce. Teprve po desinfekci odtéká do veřejné kanalizace, kde se mísí z běžnými splaškovými a dešťovými vodami.

Kvalita pitné i teplé vody se pravidelně kontroluje mikrobiologickým rozbořem vzorků v laboratořích Zdravotního ústavu v Brně. Podobně jsou kontrolovány vypouštěné odpadní vody chemickým rozbořem a v případě vod na odtoku z čistíren odpadních vod se především bakteriologicky ověřuje, zda byly řádně desinfikovány. Další nezávislé kontrolní rozboř přiváděné i vypouštěné vody provádějí Brněnské vodárny.

JAKÁ JE KVALITA DODÁVANÉ VODY?

Dosud přžívá představa, že pijeme špatnou vodu z řeky Svratky, která protékla brněnskou přehradou zamořenou sinicemi a je upravovaná v písárecké vodárně. To však už není více než desetiletí pravda. Naopak co se týká kvality pitné vody

se Brno dostalo na jedno z předních míst mezi velkými městy v republice.

V současné době teče ve vodovodní síti opravdu kvalitní a svým původem podzemní studniční voda z obou přiváděčů z Březové nad Svitavou a bývá obvykle doplňována jen z necelé desetininy vodou z nového přiváděče od Vířské přehrady. Téměř úplné kapacitní pokrytí Brna dobrou březovskou vodou bylo v posledních asi patnácti letech umožněno, po výrazném snížení spotřeby vody průmyslovými podniky i domácnostmi a také odstraňováním ztrát vody netěsným potrubím.

Motivačním faktorem šetřnosti bylo nepochybně i zvyšování ceny vody. Cena je tvořena dvěma složkami: vodným, což je vlastní cena dodávané vody, a potom stočným, což jsou náklady na čištění odpadní vody, které se zvyšují výrazněji, než vodné. Od roku 1991 bylo vodné a stočné zvýšeno dokonce již šestnáctkrát, až na dnešní značně vysokou „bařovskou“ cenu 49,98 Kč za metr krychlový. Uvědomme si, že třeba za obyčejné spláchnutí na WC, při kterém odečte asi osm litrů vody, zaplatíme 40 haléřů.

Opravdu všichni musíme na pracovišti i doma vodou rozumně šetřit a to nejen proto, že je voda drahá. Samozřejmě šetřit, ale ne na úkor hygieny, stručně řečeno vodou neplýtvat.

TVRDOST VODY VE FN BRNO

Časté dotazy zaměstnanců naší nemocnice jsou na tvrdost dodávané vody. Ta má praktický význam také při dávkování pracích prášků do praček a myček.

Celková tvrdost vody je součet vápenatých a hořečnatých iontů ve vodě, její hodnota se udává v milimolech nebo milivalech v litru a dosud se často používá starší jednotka stupně tvrdosti (u nás německé stupně, označované o N, nebo často na obalech pracích prostředků také odH), přičemž platí převodní vztah:

$1 \text{ mmol/l} = 2 \text{ mval/l} = 5,6 \text{ oN}$.

Tvrdost vody z brněnské vodovodní sítě v současnosti kolísá přibližně kolem 3 mmol/l, to je 6 mval/l, nebo 17 oN, jedná se tedy o výrazně tvrdou vodu, která vyžaduje vyšší dávkování pracích prostředků.

Voda, stejně jako elektrická energie, zemní plyn a tepelná energie patří ke strategickým médiím, která jsou pro zabezpečení plynulého provozu všech zdravotnických pracovišť ve Fakultní nemocnici Brno nezbytně nutná.

Mgr. Jan Klen



Rozhovor s generálním ředitelem Philips Česká republika

Jak dlouho zastáváte funkci generálního ředitele a co tomu předcházelo?

Ve společnosti Philips působím osmým rokem. Do funkce generálního ředitele jsem byl jmenován z pozice oblastního ředitele pro světelné zdroje v Čechách a na Slovensku v červenci loňského roku.

Můžete shrnout základní oblasti, kterým se Vaše společnost věnuje?

Naše portfolio je velmi široké. Zaměřujeme se na tři klíčové oblasti – péči o zdraví, životní styl a technologie. V České republice má Philips čtyři různé divize – vedle medicínských systémů je to divize spotřební elektroniky, domácích spotřebičů a osvětlení. Pro spotřebitele to znamená, že jej produkty Philips mohou provázet celý den – od ranního šálku kávy z kávovaru naší značky až po večerní sledování televize při osvětlení světelnými zdroji Philips. V rámci naší strategie Sense and Simplicity jsme se rovněž zavázali na trh dodávat takové produkty, které jsou vysoce technologicky vyspělé, inovativní a zároveň jednoduché na ovládání. V praxi to znamená, že spotřebitel nemusí studovat dlouhý návod, pokud chce začít používat technologickou novinku značky Philips. Naším cílem je přinášet technologické inovace do každodenního života.

Segment medicínských systémů je samozřejmě velmi specifický, tam naše aktivity směřují do nemocnic a lékařských zařízení. Také v této oblasti přinášíme řadu inovací – do výzkumu a vývoje Philips ročně investuje několik desítek milionů EUR. Máme vlastní výzkumné centrum se sídlem v Eindhovenu, které zaměstnává více než šest tisíc odborníků z celého světa.

Jako příklad aktuální inovativní technologie v oblasti medicínských systémů mohou uvést biomedicínské ložní prádlo – to díky speciálním čipům vetkaným do látky sleduje kvalitu spánku pacienta, údaje pomocí technologie bluetooth přenáší do minipočítače a vyhodnocuje. Jde o zcela nový koncept prevence kardiovaskulárních chorob. Philips nyní jedná s řadou nemocnic v Holandsku o jeho využití v praxi

Jaká je spolupráce s FN Brno. Bude pokračovat i v budoucnosti?

Do FN Brno jsme v květnu letošního roku dodali magnetickou rezonanci Achieva 1,5T. Jedná se o první velký přístroj značky Philips a já pevně věřím, že naše spolupráce s FN Brno bude úspěšně pokračovat také v budoucnu.

Jaké jsou Vaše cíle, jak profesní, tak osobní?

Za největší výzvu považuji vyhledávání a kreativní využívání nových obchodních možností ve třech zmíněných klíčových oblastech naší působnosti. Chci dále posilovat značku Philips. Mým cílem je, aby se stala co nejatraktivnější pro nastupující generace.

Za rozhovor děkuje Anna Nesvadbová



Arno Kraus

Zda být či nebýt hodný



O tom, že to s pohádkami není tak úplně jednoduché, mne přesvědčila připomínka, kterou jsem od mnoha lidí (asi 2) dostal. Poukazovali na to, že v pohádkách se to hemží radami, dle kterých má být člověk hodný a poslušný, a že si oni nedovedou představit, jak by dopadlo dítě, které by se s tím vydalo do života. Nuž, kousneme do tohoto kyselého jablka! V panujících vedrech to může být dokonce osvěžující.

Je to opravdu tak. Kdykoliv maminka odchází od kůzlátek, klade jim krom jiného na srdce, aby byla hodná. Některé látky, určené dětem, se tímto slovem nebo jeho synonymy přímo hemží. V takových Broučcích od Jana Karafiáta je „být hodný“ nebo „poslušný“ přímo smyslem brouččí existence. Hodnými tvory jsou pohádky tak zabýdleny, že oněch pár zlých ježibab a loupežníků nemá nárok se prosadit. Právě zde se asi rozevírá ta největší propast mezi světem pohádek a lidskou realitou, potažmo současnou lidskou realitou. Zde také trčí z pohádek nejvíce jejich starověký, orientální či feudální původ. Evropský novověk totiž zdvihl proti vši trpné a trapné poslušnosti vznešený prapor svobody. V tomto smyslu tedy mluví pohádky opravdu přímo proti větru a jejich výchovný význam je značně pofiderní.

Ano, svoboda je to, co nahradilo v lidských myslích jak „poslušnost“, tak i „bytí hodným“. I zde jde ovšem o jedno jediné velké nedorozumění. Novověkým průkopníkům svobody šlo o to, aby člověk nebyl svazován a spoutáván žádnými „malými poslušnostmi“ nějakým problematickým malým autoritám a jejich vrtochům. Měl být svobodný pro svou povinnost a snahu poslouchat nějakou vyšší a dokonalejší autoritu, jakou byla třeba boží vůle, poznaná pravda, věda nebo pokrok. Nešlo naprosto o popření poslušnosti jako takové, nýbrž pouze o její přesměrování k něčemu vyššímu a obecnějšímu. Soudilo se, že onen dokonalejší vyšší princip mravní je každému dostupný a poznatelný. Pravda, prozíravější lidé namítali, že to většina lidí nikdy nepochopí, a že se to proto nutně zvrtné a zvrhne. Jak vzpomíná František Vymazal, konstituci, vybojovanou v revolučním roce 1848, pochopil jeden Moravan takto: „Sláva, budeme moci chodit do panského lesa na zajíce!“ Vyhlášení svobody od poslušnosti pozemským autoritám

pro poslušnost autoritě vyšší bylo pochopeno asi přesně podobně.

Je prý 23 receptů, jak udělat z vajec omeletu, avšak ani jeden, jak udělat z omelety vejce. Lidem je snadno namluvit, že nemusí být ani hodní ani poslušní, ale nikdy nikdo jim už nevysvětlí, že to bylo myšleno jinak. I čas pohádkově hodných dětí tím také pochopitelně, jak vidno, skončil. Bylo to možno očekávat.

Již jednou zmíněný cestovatel Josef Kořenský i o tom vydal předběžné svědectví. Když v letech 1893-4 vedla jeho cesta napříč USA, zapsal si: „Výbojný duch jeví se již při mládeži americké. Posíláme-li u nás dítě do školy, říkáme: „Buď hodný a poslušný!“ V Americe však spíše řeknou: „Nedej si ubližovat!“ To, co bylo před sto lety v Americe, je tedy nyní již i u nás. Zodpovědnost za to, že člověka nepotká trauma jako následek něčeho ničím neomezovaného jednání (žádným vnitřním nucením „být hodný“) nese každý sám. Máte se bránit nebo uhnout. Místo „buď hodný“ se tedy i u nás říká „nenech si nic líbit“, „braň se“, „nedej se“. Toto kusé životní pravidlo nemůže fungovat a je počátkem nesčetných traumat. V lidské společnosti byli a jsou vždy lidé, kteří se bránit nedokázali, a pro ně bylo ono uplatňované pravidlo „buď hodný“ jedinou zárukou existence. Opustit tedy trvale a zcela ono pohádkové pravidlo „buď hodný“ znamená v podstatě konec civilizace.

Máme-li z tohoto problému nějak rozumně vybruslit, můžeme sáhnout i po Etymologickém slovníku Holuba a Kopečného, a tam pod heslem „hodný“ najdeme mimo jiné „náležitý, důstojný, ušlechtilý“. Možná, že tato slova vyjadřují lépe onen původně myšlený vyšší stupeň poslušnosti, skutečnou „hodnost“. A tak, milé děti, pokud vám „buď hodný a poslušný“ zní moc broučkovsky, pak na cestu do školy a do života vám budiž řečeno: „Buď důstojný a ušlechtilý, nikomu neubližuj a ani sobě ubližovat nenech.“ Takto pochopená základní myšlenka pohádek neztratila opodstatněnost a dozajista by zmenšila i množství traumat, o kterých je jinak celé toto číslo Nemocničních listů.

Mgr. Milan Klapetek

www.martekmedical.cz



Konská 198, 739 61 Třinec
tel.: 558 337 111
fax: 558 337 112
e-mail: info@martekmedical.cz

Řipská 18a, 627 00 Brno - Slatina
tel.: 547 253 173
fax: 547 253 172
e-mail: brno@martekmedical.cz

- ▶ **Významný distributor zdravotnického materiálu, pomůcek zdravotnické techniky, čistících, úklidových a dezinfekčních prostředků, kompletního přístrojového vybavení včetně zajištění financování (více než 3.000 položek)**
- ▶ **Komplexní zásobování nemocnic, domovů důchodců, ústavů sociální péče, charit, léčeben včetně dodávek pomůcek pro inkontinentní pacienty na poukaz hrazený z VZP**
- ▶ **Zajišťování akreditovaných seminářů celoživotního vzdělávání**
- ▶ **Mnohaleté zkušenosti (od roku 1996)**
- ▶ **Distribuční sklady v Třinci a Brně**
- ▶ **Vlastní vozový park, zásobování až na oddělení**
- ▶ **Individuální přístup k potřebám zákazníka**



Bezplatná telefonní linka pro dárce krve: 800 900 097



V provozu každý pracovní den v době:
od 6³⁰ do 14³⁰ hodin