

# nemocniční zpravodaj

Září  
2022

Představujeme

## 1. ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE 2. ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

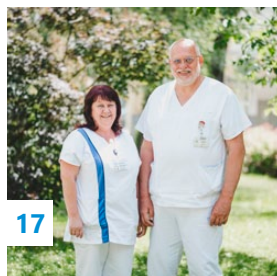
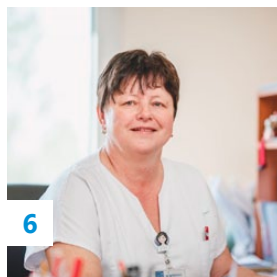
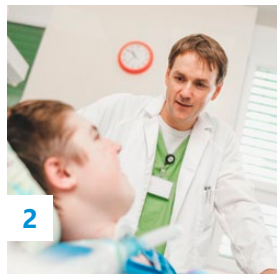
prim. MUDr. Jan Hřídel  
Dětské oddělení

**Kvalita poskytované péče  
je naší prioritou čísla jedna**

Téma měsíce

**Špičkový inkubátor vlastní  
Nemocnice České Budějovice  
jako první v Evropě**

# Obsah



1

**Úvodník předsedy představenstva**

2

**Rozhovor s novým primářem Dětského oddělení MUDr. Janem Hřídalem**

6

**Představujeme: 1. oddělení následné péče**

- 6 Co je vlastně následná péče?
- 6 Historie aneb od LDN k ONP
- 10 Současná struktura oddělení 1. ONP
- 12 Lůžková část oddělení
- 14 Rehabilitační péče – fyzioterapie
- 15 Aktivizační programy

17

**Představujeme: 2. oddělení následné péče**

- 17 Historie 2. ONP
- 20 Ambulance všeobecné interny a osteologie
- 23 Program ambulantní neurologické péče
- 23 Neurofyziologická laboratoř

27

**Rozhovor s novou vrchní sestrou Kardiologického oddělení paní Martinou Červenkovou**

31

**Rozhovor s odcházející vrchní sestrou Chirurgického oddělení Mgr. Magdalénou Hálovou**

35

**Rozhovor s MUDr. Ludmilou Boučkovou, první lékařkou na Urologickém oddělení s 55 lety praxe**

38

**Předání čestného členství České urologické společnosti MUDr. Břetislavu Shonovi**

39

**Naše úspěchy – Špičkový inkubátor vlastní Nemocnice České Budějovice jako první v Evropě**

40

**Umíme komunikovat, nebo jen mluvit? Aneb o umění deeskalace**

44

**Lexikon zdraví – Cukrovka – 2. díl Komplikace diabetu mellitu**

46

**Vzdělávání – Mezinárodní kongres ortopedů v Lisabonu**

48

**XXVII. Mezinárodní kongres chirurgie ruky v Londýně**

50

**Osteotomický seminář v Nantes**

51

**Národní kongres České společnosti úrazové chirurgie 2022**

53

**Interaktivní zážitkový kurz vývojové péče**

54

**Českobudějovičtí neonatologové se zúčastnili konference v Göteborgu**

56

**Spolupráce s Českou společností AIDS pomoc**

57

**Naše nemocnice se sportovních utkání nezalekla**

Úvodník předsedy představenstva

# MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

## ■ Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

13. září 2022 proběhl v Praze XIV. ročník Konference Kvalita zdravotní péče a akreditace. Nemocnice České Budějovice, a.s. se zde stala v celostátním hodnocení vítězem v kategorii velkých nefakultních nemocnic a získala ocenění Kvalitní a bezpečná nemocnice 2022. Tuto soutěž již několik let vyhlašuje Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. Českobudějovická nemocnice uspěla mezi několika desítkami tuzemských zdravotnických zařízení. Hodnotitelský tým České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví posuzoval úroveň poskytovaných zdravotních služeb v českobudějovické nemocnici v řadě standardů a ukazatelů. Získaného ocenění si velmi vážíme. Jde o uznání práce všech našich zaměstnanců a zároveň o důležitý signál našim pacientům, že péče poskytovaná v českobudějovické nemocnici je z pohledu nezávislého externího hodnocení bezpečná a kvalitní. Nemocnice České Budějovice, a.s. toto nejvyšší ocenění obhájila opět po třech letech. Zopakování úspěchu je o to více významné, že v mezidobí předal náměstek pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D. svůj úřad PhDr. Mgr. Haně Kubešové, která tak úspěšně pokračuje v řízení kvality a bezpečí poskytované péče v naší nemocnici.

## ■ Jaká je aktuální situace v nemocnici z pohledu onemocnění covid-19 a očkování proti němu?

Počet hospitalizovaných pacientů s covid-19 v českobudějovické nemocnici byl během září stabilní a pohyboval se do 20 pacientů. V posledním zářijovém týdnu jsme však zaznamenali nárůst



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxik

počtu těchto nemocných. Péče o ně se ale zásadním způsobem neliší od péče o nemocné s jinými akutními respiračními infekcemi. Máme léta zavedený systém tzv. izolačních režimů a tím se řídíme. Relativně nízký počet pacientů s covid-19 a stabilní epidemická situace nám doposud umožňovala fungovat bez plošných protiepidemických opatření. Výjimku představuje Onkologické oddělení, které je specifické skladbou pacientů, a na kterém vyžadujeme dodržování základních protiepidemických opatření. Všichni návštěvníci pacientů na tomto oddělení by měli být zdraví, bez příznaků akutních respiračních onemocnění. Při návštěvě doporučujeme maximálně 2 osoby k lůžku na 15 minut a samozřejmě je provedení hygienické dezinfekce rukou.

Co se očkování proti covid-19 týče, je v současnosti již prakticky výhradně doménou praktických lékařů. Nemocnice nadále okrajově realizuje očkování předem registrovaných

zájemců, zpravidla během víkendů. Počty aplikovaných prvních a druhých dávek se pohybují v jednotkách měsíčně. Velký zájem není ani o aplikace první či druhé posilovací dávky, u těch se pohybujeme v řádu stovek aplikací za měsíc.

## ■ Jak pokračuje projekt restrukturalizace a rekonstrukce horního areálu? Jaké další stavby nás čekají?

V průběhu léta úspěšně proběhla veřejná zakázka na zhotovitele 2. etapy přístaveb, nástaveb a stavebních úprav pavilonu „CH“. Vítěz tendru zahájí stavební práce na začátku října a dokončena by tato stavební investice měla být v létě 2024. Navzdory nelehké ekonomické situaci a stoupajícím nákladům na energie tak pokračujeme v přestavbě nemocnice podle plánu tak, abychom na začátku roku 2025 měli moderní nemocnici v jednom areálu.

## ■ redakce

# Rozhovor s novým primářem Dětského oddělení MUDr. Janem Hřídalem

Kvalita poskytované péče je naší prioritou čísla jedna

**Novým primářem Dětského oddělení byl k 1. červnu jmenován MUDr. Jan Hřídal.**

**Do Nemocnice České Budějovice, a.s. přichází z pozice vedoucího lékaře jednotky intenzivní péče dětské kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.**

## ■ **Pane primáři, co vás přimělo přijmout nabídku v Nemocnici České Budějovice, a.s.?**

Dětské lékařství se potýká s několika zásadními problémy. V současnosti především s nedostatkem praktických lékařů pro děti a dorost, ale do budoucna obecně s velkým tlakem na změnu struktury poskytování zdravotní péče dětem, a to především vlivem epidemiologických změn, medicínského pokroku, komunikačních technologií a možností osobní dopravy. Čelíme tak výzvě, jak vytvořit i do budoucna efektivní strukturu pracovišť a jak v návaznosti na vědecký pokrok a společenské změny přistupovat k pacientům.

Baví mě podílet se na utváření systému péče o nemocné děti ve velmi funkčním a pro region přirozeně centrálním pracovišti, kde se provádí pediatrie v celé své šíři. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl odejít ze superkonziliárního fakultního pracoviště. Velký vliv mělo samozřejmě i to, že z Budějovic pocházím.

Velmi důležitá je pro mě pokračující spolupráce s emeritním primářem MUDr. Vladislavem Smrčkou a dále podpora obou zástupců primáře – MUDr. Kamily Kocourkové a MUDr. Jiřího Klímy. Oceňuji i přátelské a trpělivé přijetí ze strany celého kolektivu oddělení.

## ■ **Jaká je úloha praktických lékařů a jak jejich nedostatek může do budoucna ovlivnit nemocniční péči?**

Úloha praktických lékařů pro děti a dorost je nezastupitelná, zajišťují kontinuitu péče o dítě. Je velmi důležité, že lékař vidí svého pacienta v průběhu času, a může tak včas diagnostikovat například chronické onemocnění. V gesci praktiků je také prevence, očkovačská péče, dlouhodobé sledování a triáž, tj. správné nasměrování pacientů buď k péči nemocniční, ambulantního specialisty, nebo domácí. Bez tohoto filtru by byla nemocniční zařízení zahlcena.

V současné chvíli je praktických lékařů pro děti a dorost dvakrát až třikrát

**"Mou prioritou číslo jedna je, abychom byli schopni poskytovat co nejvyšší standard péče 24 hodin denně sedm dní v týdnu "**

více než nemocničních pediatriů. Většina praktiků se blíží důchodovému věku nebo v něm již je. Potřebujeme proto nové pediatriy, které někdo ale také musí vychovat. Ve spolupráci s vedením nemocnice se snažíme tuto hrozenou rukavici sebrat a situaci řešit. Praktické lékaře potřebujeme a někdo musí zajistit jejich vzdělání. Proto je v našem nejlepším zájmu podílet se na vzdělávání pediatriů, kteří budou moci do sektoru primární péče vstoupit. Musíme přijmout fakt, že někteří naši lékaři budou rádi, když budou moci převzít roli praktického lékaře.

Snažíme se o konstruktivní a korektní spolupráci. A zároveň doufáme, že si pediatriy vychováme a budeme se podílet na jejich vzdělávání, aby v budoucnu mohli důstojně převzít ambulance. Chceme, aby zde vznikla komunita praktických a nemocničních lékařů, která bude fungovat jako jeden tým. Na našem oddělení se budeme snažit vždy poskytovat špičkovou a adekvátní péči bez ohledu na to, co se bude dít v sektoru primární péče – včetně případů, kdy by došlo k eskalaci objemu péče související s uzavřenými ordinacemi soukromých praktiků. Již nyní proto klademe důraz na zvyšování počtu personálu.

### ■ **Jaká je personální situace na vašem oddělení? Jaké jsou prioritní problémy, které chcete řešit?**

Mou prioritou číslo jedna je, abychom byli schopni poskytovat co nejvyšší standard péče 24 hodin denně sedm dní v týdnu. K tomu je zapotřebí mít, kromě adekvátního materiálního zázemí, které je u nás zajištěno výborně, dostatečný počet kvalifikovaných lékařů, sester, pomocného personálu a dále je k tomu nezbytná spolupráce s dalšími odděleními naší nemocnice. Lékařský tým je u nás stabilizovaný. Ale dětská oddělení napříč republikou, naše oddělení nevyjímaje, jsou velmi postižena nedostatkem sester, specificky dětských. Jejich práce je naprosto zásadní a my jako lékaři si jí vážíme. Někdy význam práce sester možná zapadne v každodenním



*prim. MUDr. Jan Hřídel / Foto: Jan Luxík*

šumu. Nicméně sestry potřebujeme a budeme se muset věnovat řešení jejich nedostatku. Tudíž mou další prioritou je doplnit kolektiv sester a vytvořit pro ně atraktivní pracovní prostředí a podmínky. Doufám, že se nám podaří na oddělení vytvořit přátelskou atmosféru, kde s pokorou spolupracují lékaři se sestrami, kde se nebojíme být jeden k druhému upřímní a kde je kvalita poskytované péče naší prioritou čísla jedna.

### ■ **Můžete nám přiblížit práci dětské sestry u vás na oddělení?**

Z pohledu lékaře mohou říct, že práce s dětskými pacienty je krásná. Naše

pracoviště poskytuje dětem komplexní péči, řešíme zde široké spektrum diagnóz, součástí našeho oddělení je i jednotka intenzivní péče. Sestry se tak mohou věnovat buď klasické péči u lůžka, či se specializovat na péči intenzivní. Dále naši lékaři-specialisté zajišťují v rámci oddělení řadu odborných ambulancí, sestra si tak může vybrat z celé řady velmi zajímavých odborností a specializovat se na určité vyšetřovací techniky. Rozvoj pediatrie je velmi zajímavý nejen pro lékaře, ale i pro sestry. Naším cílem je vytvoření robustního týmu sester, kde se sestry dokážou vzájemně zastoupit. Chceme vyjít vstříc jejich životním preferencím,

zavést flexibilitu, ale zároveň trvat na vysoké kvalitě poskytované péče.

### ■ Vidíte jako jednu z možných cest i větší zapojení rodičů do péče o hospitalizované děti?

Do péče o dítě – včetně dětí hospitalizovaných – se už nyní snažíme maximálně zapojit rodinu, což nám výrazně usnadňuje moderní koncepce budovy oddělení, prosazená mým předchůdcem, panem primářem

V naší práci je důležité mít k dispozici vyšetřovací techniky, materiální a technické zázemí, ale současně je nutné vědět, jak je co nejlépe použít a zároveň co nejlépe spolupracovat s rodinami pacientů, které jsou informacemi zásobovány ze všech stran. Díky internetu má rodina zvláště o vzácných či atypických onemocněních k dispozici spoustu informací, ale i dezinformací. Zároveň můžeme využít dlouhou řadu vyšetřovacích

s rodinou a využít nejenom jejich přítomnosti u lůžka, ale i jejich znalosti a schopnosti k další péči o dítě, aby o něj bylo co nejlépe postaráno.

### ■ Přinášíte si v tomto směru nějaké postupy, které byste chtěl u nás zavést?

Nyní nám jde především o to, zintenzivnit mezioborovou spolupráci napříč nemocnicí. S Neonatologickým oddělením spolupracujeme na zefektivnění systému předávání a kontinuity péče u nejmenších pacientů. Zásadní je pro nás také spolupráce s chirurgickými obory, ale obecně věřím, že je nutné prohlubovat interakci se všemi „dospělými“ odděleními naší nemocnice, která se s námi mohou podělit o své zkušenosti se specializovanými diagnostickými a léčebnými postupy, jež my u konkrétního nemocného dítěte zasadíme do pediatrického kontextu, a docílíme tak špičkové kvality péče o naše nemocné děti.

## "Klíčová je vždy kvalita života dětských pacientů a jejich rodin."

MUDr. Vladislavem Smrčkou. Obzvláště u chronicky nemocných dětí, dětí trpících závislostmi či při řešení sociálně-právních problémů využíváme i služeb neformálních poskytovatelů péče, jako jsou patientské organizace a sociální služby. Hospitalizovány by měly být pouze děti vyžadující diagnostické či terapeutické výkony, které nejsou bezpečně či spolehlivě proveditelné v domácím prostředí. U všech dětí se snažíme, aby pobyt v nemocnici byl pro celou rodinu co nejmenší zátěží. Rodičovskou péči co nejméně omezujeme, spíše doplňujeme, a děti dle možností co nejdříve pouštíme domů a do ambulantního sledování.

### ■ Zmínil jste výzvy vyvolané vědeckým pokrokem a společenskými změnami. Jak konkrétně ovlivňují vaši práci?

a léčebných možností, které mohou být velmi invazivní a i ekonomicky extrémně nákladné – z diagnostických metod jde například o celoexomové sekvenování, z léčebných o biologickou či gen-modifikující léčbu. Na jedné straně si musíme udržet respekt a důvěru dítěte a jeho rodiny, ale na druhé také zvolit takový léčebný postup, který není nedostatečný, či naopak přehnaný a jehož jednotlivé kroky do sebe systematicky zapadají a mají smysl. Klíčová je vždy kvalita života dětských pacientů a jejich rodin.

To jsou výzvy, na které musíme reagovat. K jejich naplnění je zásadní organizačně funkční pracoviště s adekvátním personálním složením, které umožní vyšetřit každé dítě ve správný čas a adekvátně vzhledem k jeho stavu. Zároveň musíme umět komunikovat a spolupracovat

Dlouhodobě se věnuji oblasti paliativní péče, což je komplexní péče o děti s život limitujícími či komplexními chronickými chorobami. Rád bych, aby se paliativní péče na našem oddělení rozvíjela a abychom byli dobře fungující součástí celého systému této péče.

V návaznosti na intenzivní práci mého předchůdce, emeritního primáře MUDr. Vladislava Smrčky, bych chtěl, aby naše pracoviště mělo velmi robustní strukturu specialistů, kteří budou mít dostatečné množství času věnovat se komplexním případům a efektivně spolupracovat jak s centry v České republice a v Evropě, tak s relevantními obory a specialisty v rámci nemocnice.

### ■ V posledních letech skokově přibývá dětských pacientů s obtížemi psychosomatického původu. Jak situaci vnímáte vy?

Psychosomatika má zásadní vliv na kvalitu zdraví i života. Když dominuje orgánové postižení, je možné říct, že odstraním-li toto postižení, duše



prim. MUDr. Jan Hřídel (uprostřed) se svými zástupci MUDr. Jiřím Klímou a MUDr. Kamilou Kocourkovou a sestrou Renatou Ottovou, Dis. (vlevo) v Endokrinologické ambulanci Dětského oddělení / Foto: Jan Luxík

se zlepšit sama. Bohužel v poslední době vidíme výrazný nárůst potíží způsobených nejspíš stresem, nejistotou a informační záplavou. Ty jsou často provázány se somatickými problémy – léčba je komplikovaná, často dlouhotrvající a dochází k výraznému snížení kvality života dětí a jejich rodin. Je to další velká výzva. Snažíme se být nedílnou součástí regionálního a národního poskytování psychologické, psychiatrické a sociální podpory těmto dětem. V tomto směru vyvíjíme intenzivní úsilí jak ve spolupráci s Dětskou psychiatrickou nemocnicí Opařany, tak s lokálními poskytovateli psychologických a sociálních služeb pro děti. Řešením pro takto nemocné děti není hospitalizace v nemocnici.

Nastavení režimu pro ně zpravidla znamená zlepšení pouze teoretické. Je potřeba, aby se jim někdo systematicky ambulantně věnoval, což nemusí být vždy nutně pediatr. Může se jednat o sociálního pracovníka, psychologa nebo psychiatra. Snažíme se vytvořit takový systém, který co nejvíc pomůže s chronickými potřebami těchto pacientů a jejich rodin.

■ **Čeká vás tedy spousta změn. Jak byste si přál, aby Dětské oddělení vypadalo za takových dvacet let?**

Doufám, že na první pohled by ho člověk za dvacet let velmi dobře poznal, protože materiální zázemí je výborné. Ale jinak budeme určitě klást větší důraz na zkracování doby

hospitalizací, na ambulantní péči, přebírání role centra pro Jihočeský kraj a spolupráci s regionálními pracovišti i s fakultními centry. Struktura péče nás bude v budoucnu nutit do vyššího zapojování telemedicíny, vytvoření širší struktury ambulantních specialistů pracujících na našem oddělení a intenzivní spolupráce s praktiky. Na první pohled půjde o stejný dům, ale na druhý pohled bude struktura odpovídat tomu, kam spěje moderní medicína technologicky i lidsky.

■ **Ing. Veronika Dubská**

*Oddělení vnitřních a vnějších vztahů*

# Představujeme:

## 1. oddělení následné péče

**Vážení spolupracovníci, milí pacienti, dovolte, abychom vám v krátkosti představili 1. oddělení následné péče (1. ONP).**

### Co je vlastně následná péče?

Podle zákona o zdravotních službách se jedná o lůžkovou péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Poskytuje se pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče.

### Dlouhodobou lůžkovou péči

poskytujeme pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně

zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.

### Co je geriatric a gerontologie?

**Gerontologie** představuje nauku o stáří, která se dělí do 3 problémových okruhů:

- **Gerontologie experimentální** – zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou
- **Gerontologie sociální** – zabývá se vztahem starého člověka a společnosti, včetně fenoménu stárnutí populace. Má aspekty demografické, ekonomické, sociologické, etické, právní apod.
- **Gerontologie klinická** – neboli geriatric

**Geriatric** je specializační lékařský obor, který v ČR vznikl v roce 1983. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným ve vyšším věku –

nad 65 let. Jedná se o obor, který se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikováním a léčením. Vychází z vnitřního lékařství, jež obohacuje především poznatky neurologie, psychiatrie, fyzioterapie a ošetrovatelství. Má svou problematiku akutní, chronickou a paliativní. Zvláštní pozornost je věnována stařecké multimorbiditě (více chorob u jednoho nemocného), disabilitě (omezení, znemožnění) některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí, křehkosti a geriatrickým syndromům.

**Geriatrická péče se poskytuje v režimu lůžek následné péče.**

### Historie aneb od LDN k ONP

V roce 1983 byla v Nemocnici České Budějovice zahájena stavba nového pavilonu (dnešní pavilon O) pro Léčebnu dlouhodobě nemocných (LDN). Stavba byla koncem roku 1985 dokončena. Dne 5. května 1986 byl nový pavilon Léčebny pro dlouhodobě nemocné s 212 lůžky slavnostně otevřen za přítomnosti významných stranických a státních představitelů kraje, okresu, města České Budějovice i vedení Krajské nemocnice s poliklinikou. Léčebna představovala první tohoto typu v okrese a měla přispět k plnění úkolů celostátního gerontologického programu.

V budově tak **začala historie LDN I, jejíž primárkou se stala MUDr. Božena Gruberová s vrchní sestrou Alenou Douchovou. Provoz byl zahájen 14. 5. 1986.** Zpočátku měla LDN I jednu stanicí s 36 lůžky a postupně se otevřely další dvě, takže LDN I nakonec disponovala celkem 105 lůžky na třech stanicích.



Slavnostní otevření LDN / Foto: archiv oddělení



**LDN II pod vedením primáře MUDr. Iva Žáčka a vrchní sestry Daniely Stehlíkové zahájila provoz 1. 7. 1986.** Poslední stanice se otevřela v roce 1995. LDN I a LDN II dohromady disponovaly 172 lůžky.

Budova byla vystavěna v klidnější části nemocničního areálu, obklopena stromy a s maximálně třílůžkovými pokoji na jižní straně budovy, aby nemocní měli pro své doléčení klid a příjemné prostředí. Účelné bylo i vybavení rehabilitačního pracoviště s vodoléčbou v přízemí budovy. LDN v té době přijímala nemocné překladem z akutních lůžek, ale i z periferie po předchozím objednání k doléčení a rehabilitaci. Délka pobytu na oddělení tehdy činila mnohdy i více než půl roku. Jednalo se převážně o seniory, obtížně mobilní nebo imobilní, které sužovalo více chronických chorob současně.

K velkým změnám došlo po roce 1997. **Sloučením LDN I a LDN II vzniklo 1. 4. 1998 1. oddělení následné péče s primářem MUDr. Ivem Žáčkem a vrchní sestrou Danielou Stehlíkovou.** V roce 2005 odešla Daniela Stehlíková do důchodu a vrchní sestrou se stala



*Prim. MUDr. Božena Gruberová a prim. MUDr. Ivan Žáček / Foto: archiv oddělení*

Mgr. Jindra Hašková, DiS.  
Primář MUDr. Ivo Žáček na vlastní žádost ze zdravotních důvodů odstoupil a od 1. ledna 2007 pak jako primářka 1. ONP působila MUDr. Jitka Cábková.

Budova byla sice projektována pro staré a dlouhodobě nemocné, ale architektonicky účelu nevyhovovala. Velký problém působilo sociální zařízení, kdy při vstupu do sprchy



*Sestra Alena Doučková / Foto: archiv oddělení*



*Vrchní sestra Daniela Stehlíková a kolektiv / Foto: archiv oddělení*



Prim. MUDr. Jitka Cábková /  
Foto: Jan Luxík



Vrchní sestra Mgr. Jindra Hašková /  
Foto: Jan Luxík

musel nemocný zdolat schod vysoký téměř 40 cm a dveře na WC byly tak úzké, že jimi pacient sotva prošel sám. Architekt, který budovu navrhoval, zřejmě netušil, jaká to bude pro imobilní nemocné výzva. V průběhu času došlo k rekonstrukci celé budovy. První velká rekonstrukce proběhla v letech 2005 až 2008, a to po jednotlivých patrech, kdy se především vyměnily sprchy, aby zajišťovaly bezbariérový přístup.

Od roku 2005 do roku 2014 jsme měli společnou jednu stanicí s Rehabilitačním oddělením a následně do července 2020 i s Kožním oddělením. Nyní po rekonstrukci budovy ošetřuje personál každého oddělení jen své pacienty.

**Poslední velká rekonstrukce budovy proběhla v období od července roku 2020 do února roku následujícího**, kdy se po dobu rekonstrukce celá 1. ONP přestěhovala do pavilonu I (bývalá budova Interního oddělení). Při této velké rekonstrukci se změny týkaly všech patientských pokojů, koupelen, sociálních zařízení a sprchových koutů. Byly upraveny toalety, kam se nyní bez problémů dostane nemocný i na invalidním vozíku nebo s chodítkem. Na stanici C (v 5. patře) máme dva izolační pokoje. Každý pokoj disponuje vlastní malou kuchyňkou, aby se mohla provádět dekontaminace, dezinfekce i umytí použitého nádobí přímo na pokoji, které se díky tomu

nemusí odnášet do společných prostor kuchyňky na oddělení.

Tělocvičny byly rozmístěny do 4. patra (stanice B) a 6. patra (stanice D), což lépe vyhovuje provozu oddělení. Najdeme v nich pomůcky nezbytné k provádění fyzioterapie. Kromě standardního vybavení – elektrická polohovací lůžka – se nám podařilo vybavit každou stanicí lůžkem s laterálním náklonem a aktivní vzduchovou antidekubitní matrací. Disponujeme jedním XXL lůžkem s nosností 300 kg. Dnes je již samozřejmostí, že se na každé stanici nachází EKG, defibrilátor, odsávačka, infúzní pumpy a injekční dávkovače.



V rámci našeho oddělení se na stanici E (v 7. patře) vytvořilo i zázemí pro nemocniční kaplany. Službu nemocničního kaplana mohou využít nejen nemocní, ale i jejich rodinní příslušníci či veškerý zdravotnický personál.

Telefonní kontakt: 387 874 943;  
mobil: 601 308 584;  
e-mail: kaplan@nemcb.cz

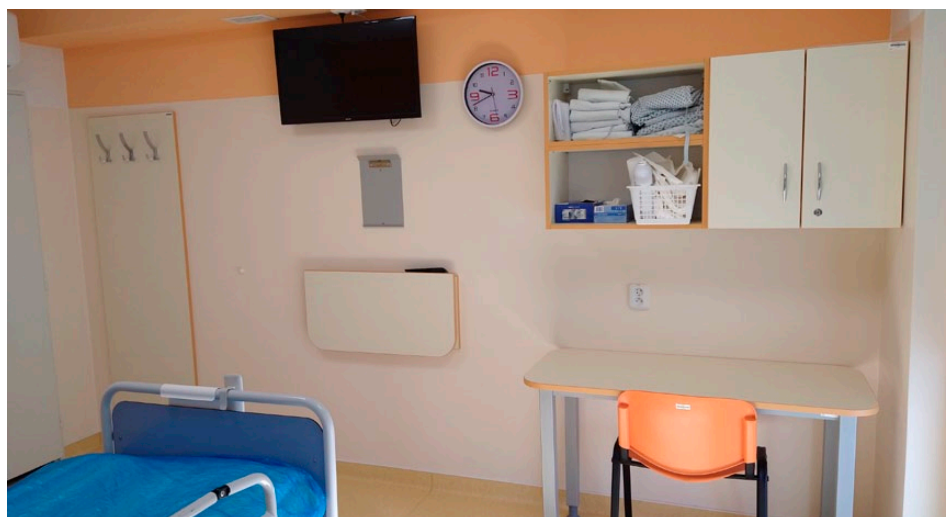
Personální sprcha před a po rekonstrukci / Foto: archiv oddělení



Izolační pokoj / Foto: archiv oddělení

Rekonstrukce se také částečně týkala technického zázemí. Budova byla vybavena vzduchotechnikou, což výrazně zlepšilo klima v celé budově. Pokoje pacientů se nacházejí na jižní straně, takže v létě zde bylo vždy velké horko. Loňské léto ukázalo, že tato rekonstrukce rozhodně stála za to.

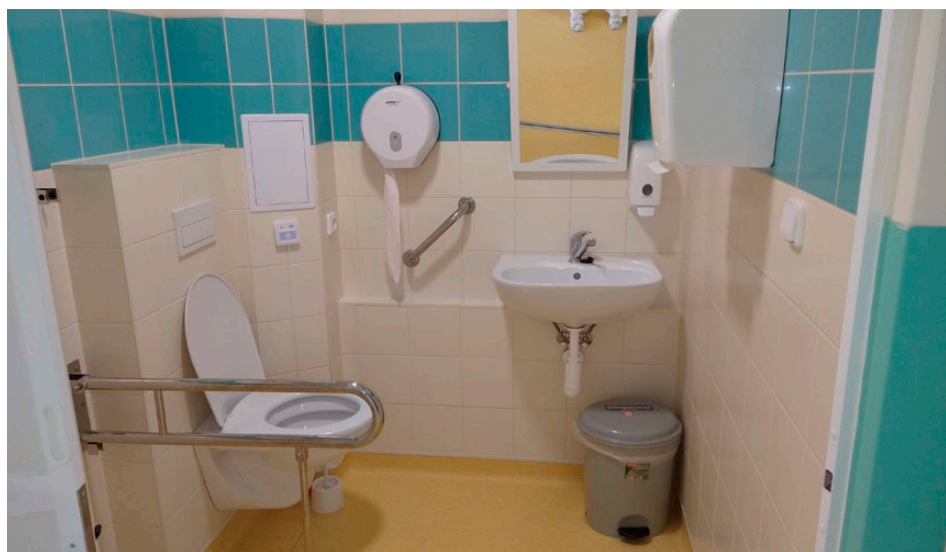
Pokoje jsou nyní dvojlůžkové a jednolůžkové, každý pokoj je vybaven novým nábytkem a všude je vyveden centrální rozvod kyslíku. Do všech pokojů se umístily televize. Také se zvětšil prostor kolem každého lůžka, čímž se výrazně zlepšil komfort nejen pro nemocné, ale i pro personál.



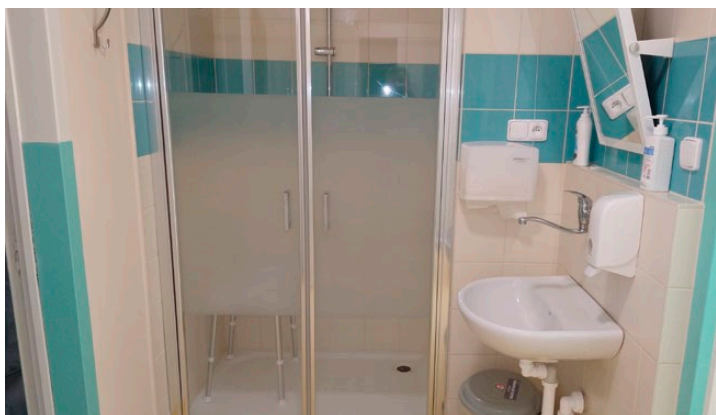
Pokoj / Foto: archiv oddělení

Stanice a chodby byly barevně vymalovány, každá je nyní laděna do jiné barvy. Barevné jsou i ochranné prvky dveří a chodeb. Nemocní tuto změnu prostředí vnímají a hodnotí pozitivně a personálu se tu lépe pracuje.

Po rekonstrukci se tak snížil počet lůžek pro nemocné na každé stanici. Dříve bylo na stanici 36–37 pacientů, nyní jen 24. Na každé stanici jsou 2 jednolůžkové pokoje a 11 pokojů dvoulůžkových. Zrušila se sdílená stanice s Kožním oddělením, takže nyní 1. ONP disponuje 120 lůžky na pěti stanicích. V současné době jsou v provozu 4 stanice. Po doplnění personálu se otevře stanice zbývající.



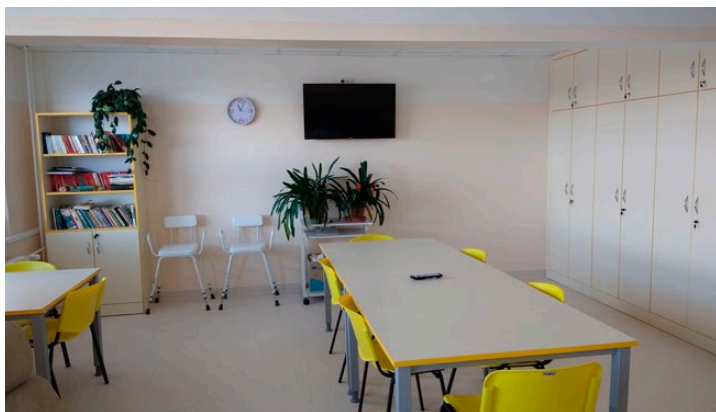
WC pro nemocné po rekonstrukci 2021 / Foto: archiv oddělení



Sprchový kout pro nemocné po rekonstrukci /  
Foto: archiv oddělení



Jídelna pro nemocné / Foto: archiv oddělení



Jídelna po rekonstrukci / Foto: archiv oddělení



Chodba po rekonstrukci / Foto: archiv oddělení

## Současná struktura oddělení 1. ONP

Primář oddělení:

**MUDr. Jitka Cábková**

Zástupce primáře:

**MUDr. Milena Österreicherová**

Atestovaní lékaři:

**MUDr. Martina Vachoušková**

**MUDr. Michaela Mazánková**

**MUDr. Zuzana Zikmundová**

**MUDr. Andrea Šimečková**

**MUDr. Olga Boháčová**

**MUDr. Vít Waldhauser**

Předatestační příprava:

**MUDr. Zuzana Šefránková**

Vrchní sestra:

**Mgr. Jindra Hašková**

Staniční sestry:

**Mgr. Eva Kratochvílová**

stanice D (6. patro)

**Alena Tupá**

stanice C (5. patro)

**Mgr. Lenka Cardová**

stanice B (4. patro)

**Hana Slabová**

stanice A (3. patro)

**1. ONP se skládá z ambulantní a lůžkové části, které pracují jako funkční celek.** Důvodem k umístění nemocného na lůžko následné péče je vždy zdravotní stav pacienta, **nikoliv jeho sociální situace.** Pokud jsou přijetí a pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení prokazatelně indikovány ze zdravotních důvodů, zdravotní péče obecně není nijak časově limitována.

## Cílem pobytu na lůžkách následné péče je:

- Zlepšení zdravotního stavu, kondice a soběstačnosti na co nejvyšší možnou úroveň, aby se nemocný mohl vrátit do svého domácího prostředí nebo do sociálního zařízení. U nevléčitelně nemocných pacientů pak udržet co nejdéle stávající zdravotní stav a zajistit důstojné podmínky v závěrečné fázi života bez fyzického a psychického utrpení.
- Současná moderní medicína umožní dožít se vyššího věku i těm, kteří mají různá chronická onemocnění. Je však důležité, aby byla zachována i kvalita života. Nemocní, kteří přicházejí na následnou péči, se často potýkají s obavami, co se s nimi nyní stane, zda budou schopni se o sebe postarat a kdo jim v této situaci pomůže. Dnešní uspěchaná doba je

zaměřena hlavně na výkon. Vše by se mělo dělat rychle, stihnout toho co nejvíce v co nejkratším čase. Personál následné péče musí být více než kde jinde trpělivý, vstřícný, vnímavý a empatický. Nemocní potřebují čas na vyjádření svých potřeb, myšlenek, pocitů i bolesti a na seznámení se s prostředím a personálem, jenž musí vždy počítat s časovou rezervou při jakémkoliv výkonu, který s nemocným provádí.

### **Péče o pacienty je komplexní se zaměřením na uspokojení biopsychosociálních a spirituálních potřeb.**

#### **Ambulantní část**

Nachází se ve 3. patře budovy O. V provozu je ambulance interní, geriatrická i diabetologická. V naší ambulanci se v rámci našeho oddělení provádí léčba chronických ran.

#### **Sociální pracovnice**

Součástí ambulantní části je pracovní sociální pracovnice, která úzce spolupracuje s lékaři, pacientem a rodinnými příslušníky.

Sociální pracovnice zajišťuje:

- **sociálně-právní poradenství** ve vztahu k onemocnění nebo jejich následkům
- **provádí sociální šetření**
- **depistážní činnost** (cílené vyhledávání) u nemocných, kteří se v důsledku své nemoci ocitli v nepříznivé sociální situaci nebo jsou-li touto situací ohroženi
- **posuzuje** životní situace pacientů ve vztahu k onemocnění
- **spolupracuje** s rodinnými příslušníky, orgány veřejné správy, soudy aj.
- **podílí se** na zajištění další péče a služeb potřebných po ukončení hospitalizace s ohledem na zdravotní stav a situaci nemocných
- **pomáhá** s vyřizováním sociálních dávek, příspěvků na péči aj.
- **pomáhá** zajistit umístění v pobytových sociálních zařízeních.



Personál oddělení / Foto: Jan Luxík



Kolektiv lékařů / Foto: Jan Luxík

telefonní kontakt: 387 874 922  
mobil: 721 988 039  
e-mail: kalisova.martina@nemcb.cz

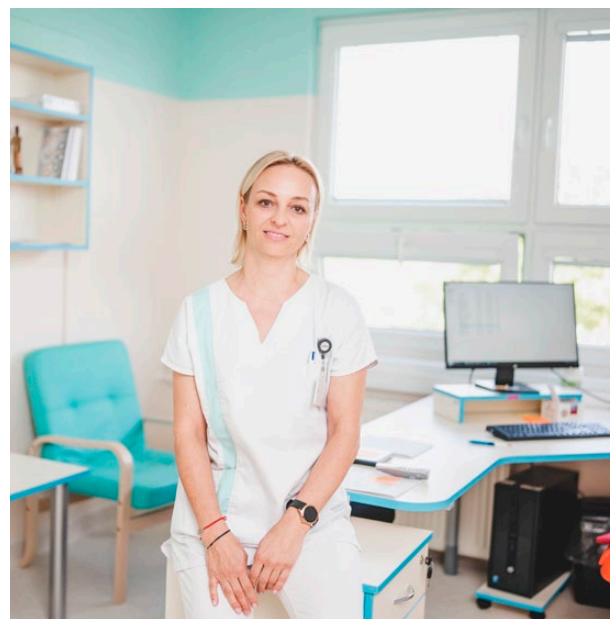
#### **Ambulantní sestra**

Má na starosti nejen chod ambulance, ale i dosílky důchodů, úložky i výběry cenností z depozita nemocnice. Komunikuje s příbuznými, sociální sestrou i jednotlivými stanicemi s ohledem na příjem, překlad, propuštění či úmrtí nemocného. Organizuje výběry

dosílek dle propuštění nebo přání pacientů, ale vždy po domluvě s příbuznými či sociální sestrou, aby hotovost nezůstávala na pokojích u nemocných. Proto se ukázalo jako velice efektivní mít pracovní sociální sestru jako součást ambulantní části. Jen pro zajímavost, ročně se takto vyplatilo našim nemocným až 10 milionů korun. Nyní se postupně tato částka snižuje, neboť přibývá nemocných, kteří mají výplatu důchodu již na účet.



Staniční sestry, zleva: Alena Tupá, Mgr. Eva Kratochvílová, vrchní sestra Mgr. Jindra Hašková, Mgr. Lenka Cardová, a Hana Slabová / Foto: Jan Luxík



Sociální pracovnice Mgr. Martina Kališová / Foto: Jan Luxík

### Lůžková část oddělení

Disponuje 5 samostatnými stanicemi, které se nacházejí ve 3. až 7. patře budovy O a jsou označeny písmeny A až E. K hospitalizaci jsou indikováni pacienti z akutních lůžek, převážně naši nemocnice. Jedná se o nemocné, kteří akutní péči již nepotřebují, ale vyžadují doléčení se stálou lékařskou péčí.

### Hospitalizace je na dobu určitou a záleží vždy individuálně na zdravotním stavu pacienta.

V širokém spektru léčených chorob převažují onemocnění interního charakteru. Největší skupinu pacientů tvoří nemocní přijatí z Oddělení úrazové chirurgie se stavy po zlomeninách, úrazech či popáleninách. Většinou se jedná o nemocné vyššího věku (nad 65 let), takže se zároveň potýkají i s celou řadou interních onemocnění. Mezi další oddělení, která překládají nemocné na 1. ONP, patří nejčastěji oddělení interní, chirurgické, ortopedické, kardiologie a kardiochirurgie, gastroenterologie, neurologie, onkologie aj.

Při příjmu se v rámci vstupního vyšetření zhodnotí celkový zdravotní

stav pacienta se zaměřením na aktuálně probíhající onemocnění, přičemž **u každého nemocného je stanoven plán léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské péče**. Na oddělení se denně provádějí lékařské vizity, při kterých se vždy vyhodnocuje aktuální zdravotní stav pacienta a plánují se další léčebné a ošetrovatelské postupy. Velká vizita s primářkou oddělení probíhá dvakrát týdně.

Nemocné i rodinu se snažíme od samého počátku hospitalizace motivovat k aktivnímu přístupu k léčbě a spolupráci. Mnohdy je to velmi obtížné. Záleží na povaze jednotlivce i na prostředí, z kterého přichází, a jaké má zázemí. Snažíme se o to, aby si nemocný osvojil zpět být i jen drobné sebeobslužné činnosti. Domlouváme se s rodinou a zjišťujeme sociální situaci, kde a jak se pacient léčil, co měl rád, co doma zvládl a kdo mu pomáhal. Informace si vždy ověřujeme, abychom měli informace aktuální, se kterými můžeme dále pracovat. Tato mravenčí práce zabere hlavně sociální sestře, lékařům i sestřám na oddělení hodně času. Pro následné plánování propuštění nebo zajištění pomoci v domácím

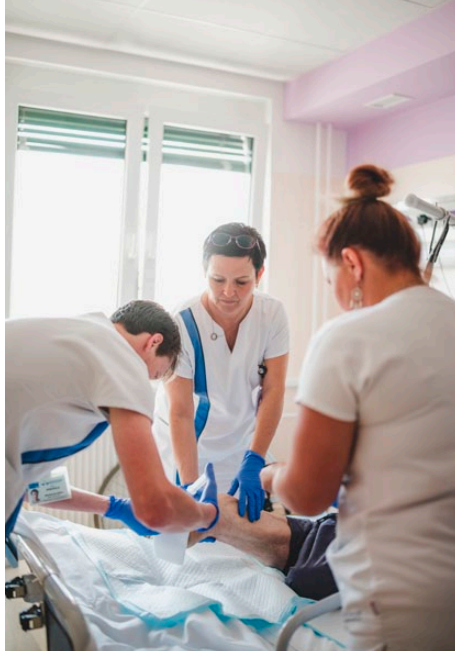
prostředí či umístění do sociálních zařízení je však důležitá.

Ke každému nemocnému se snažíme přistupovat individuálně a poskytovat péči dle jeho potřeb. Staniční sestry se svým týmem řeší mnohdy problémy, které přináší každodenní soužití starších nemocných na pokoji s ohledem na jejich onemocnění nebo i jejich přání. Pokud je to jen trochu možné, tak vyhovíme. Spokojený pacient lépe spolupracuje a rychleji se uzdravuje. Týká se to i stravování nemocných, které má v procesu uzdravování velký vliv. Samozřejmostí je přizpůsobit stravu nemocnému podle jeho nemoci a potřeb, u diety číslo 3 nabízíme výběr. Mnoho našich nemocných má diabetes mellitus (cukrovku) a v souvislosti s dalším onemocněním je potřeba často upravit léčbu, převést nemocné na aplikaci inzulínu a následně pak nemocné tuto aplikaci naučit. Pro pacienty našeho oddělení konzultují lékaři léčbu s MUDr. Olgou Boháčovou, lékařkou, která má na 1. ONP specializaci v diabetologii. V náviku dovednosti aplikace inzulínu hraje rovněž velkou roli trpělivost. Práce s injekční stříkačkou je pro seniory

obtížná, často je trápí potíže se zrakem, a je tedy na sestře, aby zhodnotila, zda nemocný tuto činnost zvládne provést. Pokud ne, je třeba hledat jiná vhodná řešení, do kterých se snažíme zapojit rodinu, domácí péči nebo i následně léčbu upravit. Ze všech těchto aktivit musí profitovat především pacient. Dodržovat diabetickou dietu bývá pro nemocné také problém. Že jde o součást léčby cukrovky, mnozí nechápou. Často slyšíme, že sladké ani moc rádi nemají. Vysvětlit diabetikovi, že velikost porcí a stejně tak pitný režim jsou pro něho důležité, mnohdy představuje výzvu.

Na pomoc si voláme i dietní sestru, která pravidelně jednou týdně dochází na oddělení a zúčastňuje se velké vizity. Řešíme s ní nemocné, kteří mají s příjmem potravy nějaký problém. Jedná se nejčastěji o potravinovou intoleranci nebo případy, kdy nemocným nechutná nějaká potravina či potřebují stravu mletou nebo kašovitou. To vše se dietním omezením musí přizpůsobit. Naše lékařka MUDr. Andrea Šimečková má specializaci se zaměřením na nutriční výživu. Nemocní často nemají chuť k jídlu, ale pro správné hojení a vyléčení potřebují stravu pestrou, nutričně vyváženou a přizpůsobenou tomu, aby ji mohli konzumovat. Nemocniční lékárna nám nabízí možnost doplňků stravy v podobě sipiků s různými příchutěmi, což hojně využíváme. Kromě těchto nutridrinků či nutrikremů ordinují lékaři i různé přídavky. S kuchyní jsme se domluvili, že pro naše oddělení lze objednat různé tvarohy, kompoty a sýry a třikrát týdně jedí nemocní k večeři polévku. Pro mnohé z nich je to oblíbená večeře, zvláště když se jedná třeba o polévku gulášovou. Mají ji jako přídavek ke své večeři. Tyto doplňky stravy se nám osvědčily i při léčbě chronických ran.

Zajišťujeme následnou péči, takže o pacienty s chronickou ránou není nouze. V 90. letech jsme začali používat tehdy nové materiály, kdy se ukázalo, že při správné péči o ránu a správném



*Převaz na oddělení /  
Foto: archiv oddělení*

výběru materiálu se tyto chronické rány dobře hojí. Personál se začal postupně školit a zkušenosti si předávají navzájem. Péči o ránu se věnuje MUDr. Martina Vachoušková, vrchní sestra Mgr. Jindra Hašková a sestra (správně všeobecný ošetřovatel) Václav Podhola. Zkoušíme nové materiály a máme možnost fotodokumentace, kdy pomocí telefonu iPhone přeneseme snímek přímo do KIS (klinického informačního systému).



*Fyzioterapeutka Gabriela Klvačová / Foto: Jan Luxík*

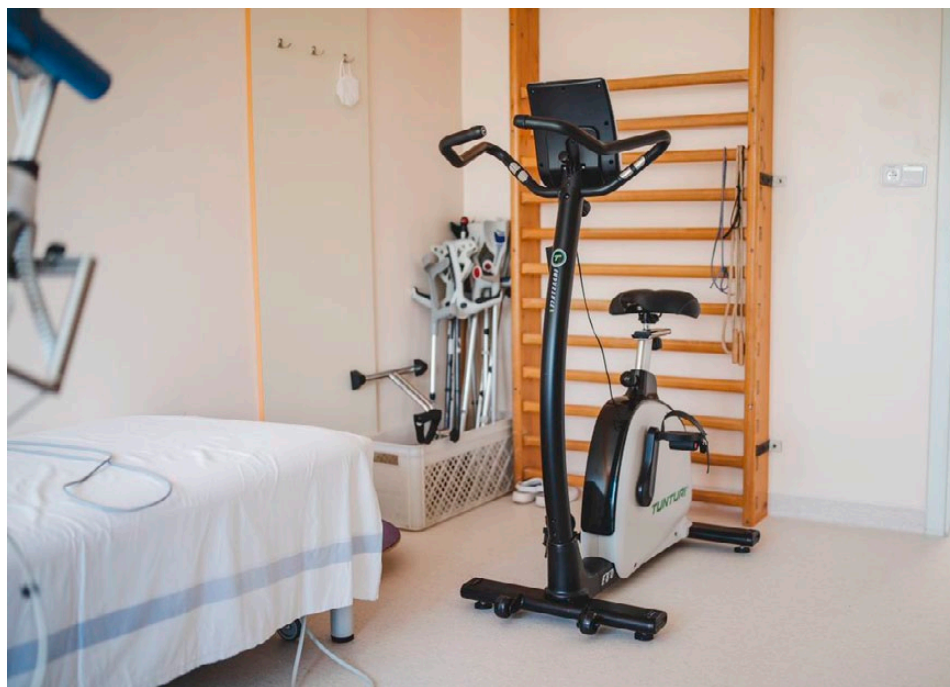
Účastníme se kongresů a seminářů a vrchní sestra i Václav Podhola jsou členy týmu konzultantů pro hojení ran v naší nemocnici. Při převazech dbáme na správné načasování s ohledem na celkovou hygienu. Díky moderním materiálům nemusíme provádět převazy denně, a proto se převazy plánují na dny celkové koupele ve sprchovém lůžku. Stále se zdokonalujeme ve správném použití oplachových roztoků s ohledem na materiál krytí. Využíváme i preventivní materiály a antidekubitní pomůcky. Zajímavé kazuistiky, kdy se nám podařilo velkou chronickou ránu vyhojit, jsme i prezentovali. Když se něco takového povede, máme z úspěchu radost a vždy nám to dodá chuť k další práci. Propouštěné pacienty s nedohojeným defektem si pozveme do naší ambulance k MUDr. Vachouškové, kde nemocné sledujeme a rány se snažíme dohojit.

Mnoho našich nemocných trpí demencí a ztrátou schopnosti sebezpečí. Návčik běžných všedních činností je na ONP základem ošetřovatelské péče

o pacienty. Je to běh na dlouhou trať. Personál se snaží nemocné aktivně zapojit a motivovat ke spolupráci. My už víme, že nácvik všedních denních činností jde pomalu. Vždy necháme nemocného, aby ukázal, co zvládne sám, a následně doplníme a pomůžeme tam, kde mu to nejde. Častokrát i příbuzní v dobré víře převzou veškerou péči o nemocného do svých rukou a vše se snaží za nemocného udělat. Je nutné si uvědomit, že takto se velice rychle nemocný senior stane plně závislou osobou, což jim přinese problém především v domácím prostředí. Proto jsou rehabilitace a nácvik sebeobsluhy pro naše nemocné tak důležité. Musíme počítat s tím, že rehabilitace postupuje pomalu a často i malá indispozice vrátí nemocného o něco zpět. Nemocným i příbuzným je třeba postup léčby vysvětlovat trpělivě a opakovaně. Naši fyzioterapeuti znají problematiku rehabilitace nemocných vyššího věku a zátěž přizpůsobují aktuálnímu stavu pacienta.

### Rehabilitační péče – fyzioterapie

Provádí se každý pracovní den, tedy od pondělí do pátku, a zabývá se prevencí, diagnostikou a léčbou pohybového aparátu. Tvoří také součást léčby dechových obtíží, problémů lymfatického systému a civilizačních



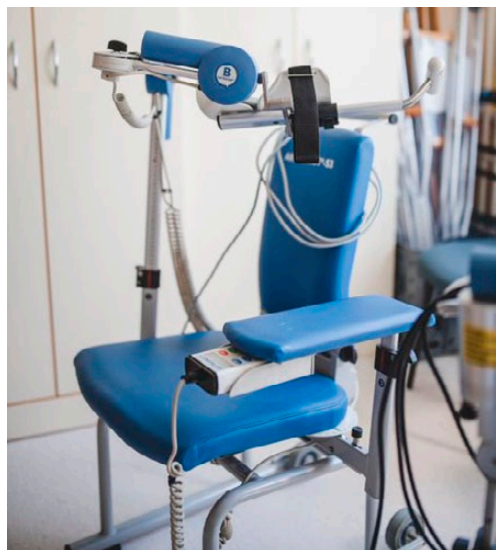
Rotoped / Foto: Jan Luxík

onemocnění. Uplatní se všude tam, kde trpí svaly či klouby, a je zahrnuta do léčby u neurologických (nervových) onemocnění.

Na oddělení docházejí kvalifikovaní, erudovaní fyzioterapeuti, kteří se dle indikace lékaře zaměřují převážně na nácvik mobility, kondice a soběstačnosti. Při své práci využívají

různé rehabilitační pomůcky: motodlahy, motomed, rotoped, pulzní magnetoterapie, UZ, masážní pomůcky – masážní válce, míčky, balanční podložky, posilovače prstů a zápěstí, šlapadla, studené a teplé obklady a polštářky, posilovací gumy apod.

V rámci rehabilitace je možné vyžádat logopedickou péči.



Motodlaha na ramenní kloub /  
Foto: Jan Luxík



Motodlaha na dolní končetiny /  
Foto: Jan Luxík



## Aktivizační programy

Hospitalizace na 1. ONP může trvat několik týdnů, někdy i několik měsíců. Při takto dlouhém pobytu na lůžku se snažíme zajistit nemocným nějaké rozptýlení, které by je přivedlo na jiné myšlenky. K tomu slouží aktivizační programy, které se od nemocných těší pozitivním ohlasům.

## Canisterapie

Tato aktivita probíhá ve spolupráci s výcvikovým canisterapeutickým sdružením Hafík. Canisterapie je název pro metodu pozitivního psychosociálního a fyziorehabilitačního působení na potřebné osoby prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa nebo feny (canis znamená latinsky pes). Kontakt se psem představuje účinné rozptýlení pro lidi trpící psychickými poruchami, depresemi nebo pro ty, kteří se jednoduše cítí opuštěně a je jim smutno.

Canisterapie probíhá vždy se souhlasem nemocných, kdy jim canisterapeutka představí pejska a poví něco o výcviku a povelích. Následně si nemocní vyzkoušejí povel a dávání odměny za splněný úkol v podobě piškotu nebo hračky. Nemocní si tak přirozeně cvičí jemnou motoriku, když drobný pamlsk či hračku musí uchopit a pejskovi dát. Imobilní nemocné pak canisterapeutka navštíví s pejskem na pokoji.

## Divadlo

Před pandemií covidu-19 docházel na oddělení přibližně jednou za měsíc pan Pirošuk, který hrál nemocným loutkové divadlo. Vždy si připravil nějakou pohádku či příběh na asi půl hodinky. Je zvyklý vystupovat, mluví pěkně nahlas a zřetelně vyslovuje, takže mu i hůře slyšící nemocní rozumějí. V této aktivitě budeme pokračovat i nadále a již jsme domluveni na dalších představeních, tak doufejme, že nám to epidemická situace dovolí.

## Zpívání

Přes Diecézní charitu v Českých Budějovicích míváme domluveno vystoupení učitelů a žáčků ze základní

umělecké školy. Toto hraní a zpívání se těší velké oblibě. Obvykle jeden z těchto koncertů bývá před vánočními svátky, kdy se zpívají koledy. Poslední zpívání se uskutečnilo v červnu letošního roku a již nyní se těšíme na další. Naše ambulanti sestřička ráda háčkuje různá zvířátka, která pak od nás děti dostanou za svůj výkon. Obdarováváme se tak navzájem.

## Chobotničky

Vrchní sestru napadlo, že bychom mohli chobotničky, které naše šikovná sestřička uháčkuje, využít pro nemocné, kteří neustále potřebují mít něco v ruce, a často jsou to infúzní hadičky, za které tahají. Místo infúzní hadičky tak mají nyní chapadla chobotniček. Vymýšlíme i různé tvary, jež by padly do rukou nemocným, kteří mají spasticky sevřené prsty a kterým jsme do dlaní vkládali různé molitanové válečky. Tělo chobotničky nebo pejska jezevčika je pro tento účel ideální. Letos před Vánocemi nám zvířátek zbylo trochu víc, tak jsme se rozhodli udělat radost dětem na Dětském oddělení naší nemocnice.



Háčkované chobotničky /  
Foto: archiv oddělení



Zvířátka / Foto: archiv oddělení

## Mikuláš

Ve výčtu aktivit nemůžeme zapomenout na mikulášskou koledu, kterou každoročně pro naše oddělení připravují studentky Střední zdravotnické školy v Českých Budějovicích. Připraví si přáníčka a projdou všechny pokoje s Mikulášem, čertem i andělem.

## Dobrovolníci

S Diecézní charitou spolupracujeme v projektu Dobrovolníci v nemocnici. Tito dobrovolníci, po absolvování proškolení, docházejí na oddělení za nemocnými, se kterými si povídají, hrají hry, pomáhají luštit křížovky apod. Jednoduše jim v době návštěv dělají společnost.

Všechny tyto aktivity probíhají za dodržení všech hygienických a protiepidemických opatření. To znamená, že v době zákazu návštěv při pandemii koronaviru nemohly být realizovány. Jsme rádi, že se k těmto aktivitám můžeme postupně zase vracet.

## Závěrem

Tak jako v jiných oborech, i na našem oddělení dochází k rozvoji péče o nemocné. Vzhledem k širokému spektru diagnóz a rozvoji medicíny je nezbytně nutné další vzdělávání lékařů, sester i fyzioterapeutů. Personálu se dostává podpory ve studiu a zvyšování kvalifikace. Pracují zde sestřičky, které na naše oddělení nastoupily jako sanitárky nebo ošetřovatelky a postupně si doplnily středoškolské

nebo až vysokoškolské vzdělání včetně specializace. Naše sestry se specializují na ošetrovatelskou péči v interních oborech, ARIP i organizaci a řízení ve zdravotnictví.

V rámci celoživotního vzdělávání absolvují různé kurzy, školení a semináře, mezi které patří také školení v rámci hojení chronických ran a moderní metody vlhkého hojení. Nabyté znalosti a novinky předávají svým kolegům, ale rovněž se je snaží zavést dle možností do praxe. Stejně tak se ve svých specializacích vzdělávají i lékaři (např. v interně, geriatrici, diabetologii, výživě a metabolické péči, léčbě ran a dalších).

Díky tomu, že se personál kontinuálně vzdělává a že oddělení splňuje i další požadavky, jsme akreditované pracoviště v oboru geriatrici. Pacientovi na 1. ONP se tak dostane komplexní odborné péče, kterou zajišťuje kvalifikovaný ošetrovatelský personál a odpovídá všem trendům moderního ošetrovatelství.

Práce na oddělení následné péče je však velmi náročná, a to jak po fyzické, tak po psychické stránce. Nemocní jsou zde hospitalizováni déle než na akutních lůžkách, koncentrují se zde tací, kteří stonají hůře, často komplikovaně. O to více musí být personál, který je ošetroje, empatický, vlídný, vstřícný, lidský

a zároveň profesionální. Myslím, že toto vše kolektiv na 1. ONP splňuje. Všichni pracujeme jako jeden tým a můžeme se na sebe navzájem spolehnout.

Chtěla bych proto touto cestou poděkovat celému kolektivu lékařů, sestřiček a dalšímu nelékařskému personálu za jejich práci, které si velice vážím. Bez nich by poskytovat našim klientům takovou odbornou péči, jakou poskytujeme, nebylo možné.

■ **Prim. MUDr. Jitka Cábková,  
v. s. Mgr. Jindra Hašková**  
*1. oddělení následné péče*



Vážíme si každého dárce.  
Děkujeme, že pomáháte.

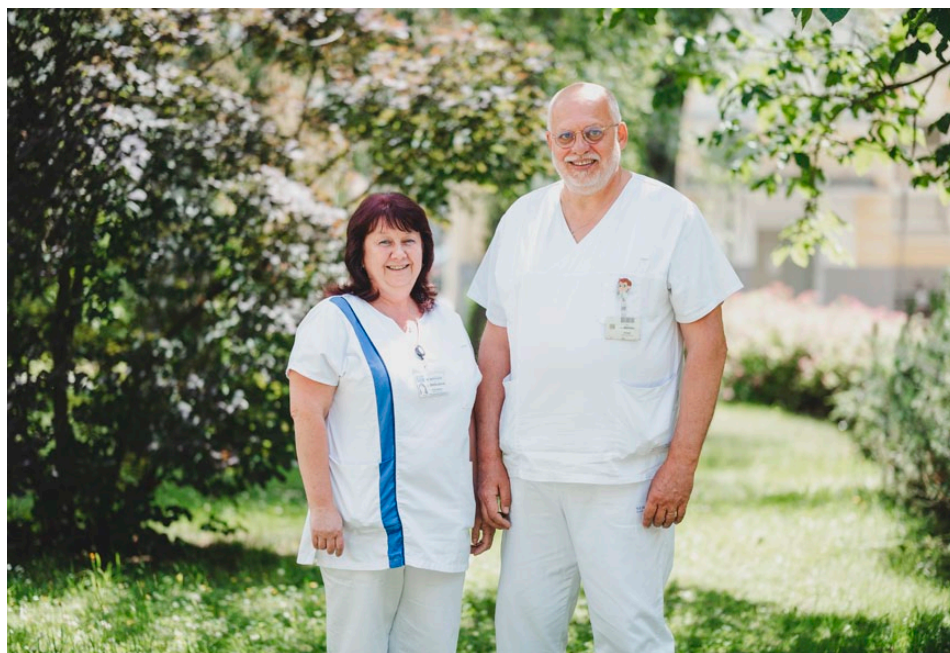
#MATOSMYSL

 **NEMOCNICE**  
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

# Představujeme:

## 2. oddělení následné péče

V budově B dolního areálu, kde dnes sídlí 2. oddělení následné péče (v minulosti Interní oddělení) dřívější Vojenské a později krátce i Okresní nemocnice, jsem se poprvé pracovní ocitl v roce 1979. Pobýval jsem zde na měsíční sesterské praxi a obdivoval pracovní tepot celé budovy. Tehdy se totiž v přízemí nacházelo oddělení ARO, všechny odborné interní ambulance včetně instrumentálních gastroambulancí a biochemická laboratoř, na patrech pak sídlily čtyři stanice interny či lůžka Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL) a Očního oddělení. Celá Vojenská nemocnice v Českých Budějovicích a Interní oddělení pod vedením primáře MUDr. Bohumíra Fabiána v té době těžily z jen pozvolna pohasínající slávy mimořádně kvalitního zdravotnického zařízení z dob ještě před politickými čistkami v roce 1969. Připomeňme též primáře Chirurgického oddělení Bedřicha Pitru, žáka prof. MUDr. Zdeňka Kunce, DrSc. V 60. letech bylo Chirurgické oddělení Vojenské nemocnice České Budějovice jednou z kolébek československé neurochirurgie, neboť se všeobecně vědělo, že na operace mozku je odborníkem prof. Kunc ze střešovické Vojenské nemocnice a na páteře je odborníkem prim. MUDr. Pitra z českobudějovické Vojenské nemocnice.



Prim. MUDr. Pavel Dohnal a vrchní sestra Bc. Renata Šindelářová / Foto: Jan Luxík

Historie 2. oddělení následné péče (ONP2) není nijak dlouhá, začala se psát teprve na jaře roku 1998. Oddělení vzniklo sloučením tehdy nově vzniklých 3., 4. a 5. lůžebny dlouhodobě nemocných (LDN) Nemocnice České Budějovice, a.s. Za zmínku však stojí také dávnější historie.

K 31. lednu 1995 byla zrušena Vojenská nemocnice a nahradila ji nově koncipovaná Okresní nemocnice České Budějovice. Tato instituce však vznikla v době, kdy probíhala celorepubliková reforma lůžkového fondu zdravotní péče, neboť byla shledána naddimenzovanost tzv. akutní péče a naopak nedostatečná kapacita péče následné. V té době se v celorepublikovém měřítku z malých nemocnic postupně stávala zařízení následné péče. Situace v Jihočeském kraji byla z pohledu tvůrců reformy lůžkového fondu hodnocena jako

ideální, neboť kromě nemocnice ve Vimperku byla na rozdíl od jiných krajů v každém okrese vždy jen jedna nemocnice akutní zdravotní péče, což bylo vlastně cílem reformy. V okrese České Budějovice se však v souvislosti s nedostatečnou kapacitou následné péče objevil jiný podstatný problém. Nemocnice České Budějovice, a.s., již z minulých let disponovala areálem Hrudkov u Vyššího Brodu. Tento areál byl vybudován pro stavební dělníky lipenské přehrady a poté, co dělníci po dostavbě přehrady odešli, byl nabídnut Nemocnici České Budějovice k provozování zdravotnického zařízení. Záměrem bylo tyto prostory využít pro dlouhodoběji hospitalizované pacienty především s plicními nebo jinými vleklými onemocněními vyžadujícími ústavní zdravotní péči. Tento areál nepochybně vždy měl a dosud má nemalý potenciál, co se některých jedinečných provozních podmínek



#### *Kolektiv 2. oddělení následné péče*

*Zleva: MUDr. Michaela Zatloukalová, MUDr. Jindra Syllabová, Lucie Hynková, Karolína Táborová, DiS., Michaela Nováčková, Veronika Kotyzová, DiS., MUDr. Jaroslava Hrdá, MUDr. Marta Čížková, Jana Zendulková, Bc. Naděžda Matějková, Miriam Stehliková, Bc. Renata Šindelářová, Jitka Zdeňková, Kristýna Šilhavá, Veronika Dušková, Martina Vlčková, Tereza Maxová, MUDr. Veronika Jiříčková, MUDr. Markéta Beníšková, MUDr. Jana Jírovcová, Veronika Daňhelová, Jiří Podlaha, Jan Karel Hofhanzl, Prim. MUDr. Pavel Dohnal, Jaroslava Šestáková, Monika Weignerová, Monika Vočadlová, Jana Marková, Bc. Elena Červená, Tereza Steinbauerová, Marcela Voběrková / Foto: Jan Luxík*

týče, zásadním problémem však byla špatná dopravní dostupnost. V době, kdy neexistoval jiný než osobní kontakt, nebyla situace dlouhodobě nemocných a jejich příbuzných jednoduchá, protože návštěvy Hrudkova z Českých Budějovic byly velmi komplikované. Nemocnice České Budějovice si nešťastnost této situace uvědomovala, a proto zřídila v areálu nemocnice v roce 1986 Léčebnu dlouhodobě nemocných. Situace se tak jevila jako vyřešená, neboť ke dvěma stům následných lůžek (sto plicních nepočítaje) z Hrudkova přibýlo dalších sto devadesát lůžek přímo v areálu nemocnice. Jak se však v následujících letech ukázalo, problém tím nejen nebyl vyřešen, ale naopak se zhoršoval.

Jak pacienti, tak především příbuzní naléhali na personál akutních oddělení, že požadují umístění v areálu, nikoli v příhraniční obci ve vedlejším okrese. Situace se stávala nevladatelnou, neboť obě tehdejší LDN pod vedením primáře MUDr. Ivo Žáčka a primářky MUDr. Boženy Gruberové nebyly schopny z kapacitních důvodů uspokojit tou dobou již navýšenou poptávku po následné zdravotní péči. Zprvu vše probíhalo tak, že ti, kdo nenaléhali, byli přeloženi na Hrudkov, avšak tato praxe se stala neudržitelnou, protože zanedlouho požadoval překlad do nemocničního areálu takřka každý. V důsledku toho došlo k rajonizaci okresu České Budějovice

dle obvodních (dnes praktických) lékařů tak, že polovina okresu byla spádovou oblastí areálu nemocnice a polovina Hrudkova. Pochopitelně ani takový administrativní zásah řešení nepřinesl, protože polovina okresu se cítila touto administrací poškozena. Situace se zdála být neřešitelnou. Zlepšení přišlo až s restrukturalizací lůžkového fondu v České republice v roce 1997. Jednalo se o nápad využít lůžkové kapacity tehdy teprve nově se rozvíjející Okresní nemocnice k přesunu lůžkové kapacity z Hrudkova. Přesun proběhl ve dvou vlnách v letech 1998 a 2005, kdy se přestěhovala i Plicní léčebna. V roce 1998 tak došlo ke sloučení obou nemocnic.

### **Lůžka následné péče byla poté zřízena:**

a) v prostorách budovy B dolního areálu (stavba v ulici Boženy Němcové), tedy dřívějšího Interního oddělení Vojenské, později Okresní nemocnice. V této budově bylo provozováno 25 lůžek na stanici A ve druhém patře budovy, v 1. patře bylo provozováno 25 lůžek stanice B a v přízemí v prostorách dřívější jednotky intenzivní péče Interního oddělení bylo zřízeno oddělení s intenzivistickým provozem, tehdy zvažované jako ARO3, neboť existoval převis chronicky tracheostomovaných pacientů. V roce 1998 však ještě neexistovalo legislativní ukotvení pro takový typ pacientů, tedy ani NIP (následná intenzivní péče), ani DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče). Byla tak nasmlouvána lůžka s nízkou klasifikací TISS neurologické odbornosti (TISS - Therapeutic Intervention Scoring System, metoda oceňování intenzivní péče vykazované zdravotní pojišťovně), avšak pouze se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a pouze dvě z provozovaných sedmi lůžek. Celý komplex budovy B byl k 1. lednu 1998 pod vedením primáře MUDr. Jiřího Košťáka přejmenován na LDN3.

b) v prostorách budovy F dolního areálu (stavba v ulici generála Svobody), tedy v prostorách Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL) a Neurologického oddělení Okresní nemocnice pod vedením primáře MUDr. Pavla Dohnala. Původně zde bylo plánováno vytvořit stanice F, G a I, ale stanice I byla nakonec obsazena oddělením Pracovního lékařství, takže v budově F vznikly dvě stanice s 25 lůžky – stanice F z dřívějšího Neurologického oddělení (od 1. ledna 1998 nově zvaná LDN4) a stanice G (nově zvaná LDN5), jež se přestěhovala z budovy C.

c) v prostorách budovy C (historické budovy s věží), prapůvodně Chirurgického oddělení Vojenské nemocnice, později v době Okresní nemocnice zde sídlila Ošetrovatelská lůžka pod vedením primáře MUDr. Milana Karpianuse. Avšak Ošetrovatelská lůžka, tedy LDN5 byla v březnu 1998 přestěhována do budovy F, neboť do budovy C se přestěhovalo Psychiatrické oddělení. To v horním areálu disponovalo třemi stanicemi. Z prostorových důvodů však nebylo možné všechny tři stanice přesídlit do budovy C, proto jedna ze stanic Psychiatrického oddělení, Gerontopsychiatrie, přešla jako stanice G pod správu nově vznikajícího 2. oddělení následné péče.

Vzhledem k tomu, že 2. oddělení následné péče vzniklo mimo jiné ze dvou oddělení dosud poskytujících akutní zdravotní péči, tedy Interního a Neurologického oddělení, došlo z důvodu nadbytku lékařů k jejich odchodu do ambulantní či akutní nemocniční péče. V tomto ohledu pak při následné péči někdy vznikly

netradiční ambulantní programy. Z okresní nemocnice odešli například neurologové MUDr. Jana Adámková, MUDr. Petr Kožíšek, MUDr. Jaroslava Kneiflová, MUDr. Zdeněk Ustohal a později i MUDr. Karel Hanyk, diabetoložka MUDr. Hana Boukalová, gastroenterologové MUDr. Josef Doleček, MUDr. Petr Machytka a MUDr. Vlado Compel, kardiologové MUDr. Jiří Košťák, MUDr. Jiří Janžura a MUDr. Dušan Mojžita či všeobecní internisté MUDr. Karel Půlkráb a MUDr. Milan Karpianus, později i MUDr. Iva Fričová a MUDr. Stanislava Rozvoralová. Sluší se dodat, že některé ambulance zde byly provozovány ještě dlouho po uzavření akutních lůžek Interního oddělení a například Gastroenterologická ambulance, kde se provádělo vyšetření ultrazvukem a fibroskopie (endoskopické vyšetření žaludku), působila v přízemních prostorách budovy B pod vedením MUDr. Josefa Dolečka až do roku 2005, kdy se do dolního areálu přistěhovala z Hrudkova i Plicní léčebna. Vyšetření ultrazvukem pak bylo pod gescí MUDr. Marty Čížkové znovuzavedeno až v roce 2014.



Zleva: Jana Zendulková, Bc. Naděžda Matějková, Miriam Stehlíková, MUDr. Jaroslava Hrdá /  
Foto: Jan Luxík

Připomeňme si však i ambulanci všeobecné interny a osteologie pod vedením MUDr. Jaroslavy Hrdé a později i MUDr. Markéty Beníškové.

Zvláštní kapitolou historie 2. oddělení následné péče se pak stal program ambulantní neurologické péče. O tom pro přehlednost v samostatné kapitole dále.

**Stanice A a B v budově B**, tedy celkem 50 lůžek bylo připraveno realizovat tehdy se rozvíjející systém takzvané kaskádové péče. Ten spočíval v přeložení pacientů, kteří by potřebovali delší hospitalizaci, z akutních lůžek na 1. oddělení následné péče (vytvořeného z LDN1 a LDN2 v horním areálu) na další kaskádu. Poslední takto vytvořenou kaskádou bylo na 2. oddělení následné péče, na stanici F, zřízení sociálních lůžek. Oddělení tak začalo pracovat na zdravotně-sociálním pomezí. Všechny partnery na zdravotně-sociálním pomezí se již od počátku existence 2. oddělení následné péče neúnavně snažila propojit sociální sestra Bc. Elena Červená a trpělivě se snažila urovnávat často neslučitelné zájmy pacientů, jejich příbuzných, nemocnice, sociálních služeb, pečovatelské péče i domácí zdravotnické péče a ústavní sociální péče tak, aby mohli všichni plynule spolupracovat. Komunikovala



#### Návštěva Mikuláše

Zleva: Radka Ardolfová, Monika Vočadlová, Gábina Fiedlerová, sociální sestra Elena Červená, Iva Zemanová, prim. MUDr. Pavel Dohnal, Libuše Koldinská, Jana Kračková, Helena Šindelířová / Foto: archiv oddělení

a nadále komunikuje se všemi dostupnými agenturami domácí péče, pečovatelskou službou a sociálními ústavy, kam nezřídka pacienty odesílá přímo z nemocničního lůžka. Ze zkušeností sestry Červené z vedení skupinové psychoterapie se hojně čerpalo při koordinaci a samotné realizaci aktivizační terapie soustavně provozované na oddělení. Z důvodu nedostatečné kapacity ústavů sociální péče po vyřešení zdravotní problematiky bylo pro čekatele, kteří se již nemohli navrátit domů, neboť doma nebylo možno v dostatečné míře zajistit sociální či ošetřovatelskou

péči, zřizováno takzvané sociální lůžko. Provoz tohoto lůžka hradil odbor sociální péče okresního úřadu za finanční spoluúčasti pacienta. Záhy se však zjistilo, že kaskádovým systémem při překladi z 1. oddělení následné péče (ONP1) na 2. oddělení následné péče (ONP2) se sociální řešení pouze oddaluje a paradoxně se snižovala kapacita a průchodnost lůžek následné péče. Proto se jako účelnější jevílo následnou péči rajonizovat podle jednotlivých nemocničních oddělení. Tehdy prvosledovou následnou péči ONP2 zajišťovalo Neurologické a Neurochirurgické oddělení na stanici



Návštěvy Anděla, Mikuláše a čerta na oddělení / Foto: archiv oddělení



Mikulášská besídka pro děti zaměstnanců / Foto: archiv oddělení



#### Kolektiv Stanice A

Zleva: MUDr. Michaela Zatloukalová, MUDr. Jindra Syllabová, MUDr. Veronika Jiříčková, Jitka Zdeňková, Bc. Renata Šindelářová, Lucie Hynková, Tereza Steinbauerová, Jaroslava Šestáková, Věra Sedláčková, Veronika Daňhelová, Jiří Podlaha, Jan Karel Hofhanzl, prim. MUDr. Pavel Dohnal, Monika Weignerová / Foto: Jan Luxík

Stanice tak byla připravena specializovat se na následnou neurologickou péči.

Na **stanici G budovy F** bylo nutné provést alespoň drobné stavební úpravy, aby mohla být provozována jako uzavřené oddělení. Navíc bylo nutné stanovit pravidla spolupráce s Psychiatrickým oddělením. Své uplatnění tak v příbuzné problematice gerontopsychiatrie jako atestovaný neurolog snáze našla MUDr. Jindra Syllabová, lékařka stanice G. Provoz uzavřené stanice gerontopsychiatrie však vzhledem k blízkosti bytové zástavby v ulici Generála Svobody přinášel opakované nesnáze, takže po necelých dvou letech přešla stanice G do běžného režimu následné péče a stanice gerontopsychiatrie přestala být Nemocnicí České Budějovice provozována. Z doby provozu této jednotky byla však převzata iniciativa aktivizační terapie. Jedná se o formu skupinově prováděné aktivizace pacientů postižených sociální deprivací v době dlouhodobějšího pobytu v nemocničním prostředí. Tato deprivace výrazně zesiluje projevy počínající demence, takže se jevílo

F, ARO1 a ARO2 na stanici C, Chirurgické oddělení na stanici A díky tehdy zřízené jednotce oxygenoterapie pro léčbu chronických ran (MUDr. František Fráně), též přijímání pacientů od praktických lékařů a přijímání dekompenzovaných pacientů z domovů důchodců a domů s pečovatelskou službou.

**Stanice F budovy F** se vznikla z předchozího Neurologického oddělení Okresní nemocnice, a disponovala tak od počátku odborně erudovaným kolektivem lékařů a zdravotních sester.

**Stanice C budovy B** se vzhledem k potřebám nemocnice od svého počátku zabývala péčí o pacienty v dlouhodobém bezvědomí s nezbytností poskytování příjmu per os cestou nasogastrické sondy a nezbytností setrvale odsávat horní cesty dýchací tracheostomií. Takto postižení pacienti pobývali a pobývají na lůžku někdy i více než pět let, neboť díky specializované péči je možné stabilizovat i takto křehce navozený a snadno zranitelný tělesný stav. Součástí takové péče se stala i takzvaná bazální stimulace, takže v některých případech bylo i po několika letech pobytu na této jednotce možné pacienta za výrazného přispění rodiny a ambulantních ošetrovatelských služeb přemístit do podmínek domácí péče.



Ranní lékařské hlášení, Zleva: MUDr. Jana Jírovcová, MUDr. Zuzana Liptáková, prim. MUDr. Pavel Dohnal, MUDr. Jana Fránová, MUDr. Michaela Zatloukalová, MUDr. Markéta Beníšková, MUDr. Veronika Jiříčková, MUDr. Jindra Syllabová, MUDr. Marta Čížková, MUDr. Jaroslava Hrdá / Foto: archiv oddělení

nanejvýš vhodným pořádat pravidelná každodenní setkání na jednotlivých stanicích v jednotlivých společenských místnostech. Jednou týdně se pak konalo i „promítání filmu pro pamětníky“, tedy s možností dalšího společného setkání se spolupacienty i z jiných stanic. Tuto formu léčby bylo možné poskytovat s ohledem na relativně dobré personální i prostorové zázemí celého oddělení až do přesunu Plicní léčebny v roce 2005. O dobrých vztazích mezi odděleními, jejichž budovy dělil pouze park v dolním areálu, tedy 2. oddělení následné péče, Plicní léčebnou a Psychiatrickým oddělením, svědčí i skutečnost několika neformálních společných setkání.

V roce 2005 se však stanice F a G s 2x 25 lůžky musely přemístit z budovy F do budovy B. V budově B (stávajícím sídle 2. oddělení následné péče) tak bylo třeba navýšit kapacitu obou stanic A a B z 25 na 50 lůžek. Dělo se tak za cenu zrušení všech přidružených prostor včetně jídelen, návštěvních místností, příručních skladů apod. Jako přechodné řešení tak vznikly dvě raritně robustní provozní jednotky, které s sebou však přinesly personální úsporu, neboť personál jedné ze čtyř 25lůžkových stanic nově zajišťoval provoz Plicní léčebny. Avšak patrně právě proto, že se jednalo o přechodné řešení, neproběhla v budově B žádná zásadnější rekonstrukce (na rozdíl od nově zřizované Plicní léčebny), jež by byla i ze stavebně technických možností příliš komplikovaná. Samotný provoz jednotlivých stanic tak trpěl nejen naddimenzovaným počtem lůžek na jednu stanic, ale i nedostatečnou kapacitou výtahů, až šestilůžkovými pokoji, všestranně nedostačujícím sociálním zázemím či možností instalace televize pouze na chodbě, což je u pacientů převážně upoutaných na lůžko těžko řešitelný problém. Bylo tak nutné ukončit různé doprovodné programy, především aktivizační léčbu vedenou kmenovými pracovníky ONP2 u dementních a dlouhou hospitalizací výrazně sociálně deprivovaných pacientů, kterých na oddělení nikdy



*Kolektiv stanice B*

*Zleva: Kristýna Šilhavá, Karolína Táborová, DiS., Michaela Nováčková, Veronika Kotyzová, Tereza Maxová, Martina Vlčková, Veronika Dušková, MUDr. Jana Jírovcová, MUDr. Jaroslava Hrdá, MUDr. Markéta Benišková, MUDr. Marta Čížková, Marcela Voběrková / Foto: Jan Luxík*

nebylo málo. Pod vedením vrchní sestry Olgy Němcové pak v rámci aktivizace probíhaly alespoň pravidelné návštěvy Mikuláše, anděla a čerta nebo se pořádaly i mikulášské besídky pro děti zaměstnanců.

Vzhledem k tomu, že 2. oddělení následné péče vzniklo přetavením zdravotního provozu jiné odbornosti, není překvapivé, že se prvním geriatrem sui generis (s atestací) stala až v roce 2005 MUDr. Michaela Zatloukalová



*Kolektiv spánkové laboratoře*

*Zleva: Jana Marková, MUDr. Veronika Jiříčková, Monika Vočadlová, Miriam Stehlíková, Prim. MUDr. Pavel Dohnal / Foto: Jan Luxík*



přichází z Olomouce, která si v roce 2017 doplnila také atestaci z paliativní medicíny. Později byl na oddělení dále doplněn lékařský stav a atestaci z geriatry si doplnily MUDr. Marta Čížková, MUDr. Jana Jírovcová, MUDr. Markéta Beníšková a chystá se i MUDr. Jana Fránová.

S nástupem Renaty Šindelářové do funkce vrchní sestry došlo od července 2014 k potřebné systematizaci činnosti nelékařského personálu. Stejným procesem prošla i aktivizační terapie zprostředkovávaná koordinovanými externími aktivitami. Například od roku 2015 na oddělení pravidelně dvakrát do měsíce dojížděla *Téměř divadelní společnost* Viktora Pirošuka, která zde pořádala loutková představení. Jednalo se o jedno velké představení v jediné zasedací místnosti, kam byli sváženi pacienti i z okolních stanic, a malá představení na čtyřech vybraných pokojích pro ležící pacienty. Tato představení byla v době pandemie covidu-19 přerušena, nyní se však programy znovu rozjíždějí. Dále můžeme zmínit mikulášskou nadílku, kterou kromě vrchní sestry koordinuje též sociální sestra Bc. Elena Červená spolu se studenty-dobrovolníky, kteří na každém pokoji zazpívají pacientům koledu a rozdávají perníčky a přání, které sami vyrobili. Vánoční koncerty a koncerty během roku po domluvě s ONP2 zajišťuje paní Bc. Iva Nováková s paní Bc. Barborou Fišerovou Pegleyovou, DiS., koordinátorkou Dobrovolnického centra při Diecézní charitě České Budějovice. Každoročně přicházeli našim pacientům zazpívat a zahrát hudebníci a pacienti obdrželi dárky od dobrovolníků z Diecézní charity, například výrobky s vánoční tematikou, knihy, deskové hry a jiné. Do výčtu dobrovolnické aktivity na našem oddělení můžeme zařadit také iniciativu dobrovolníků, kteří pravidelně docházejí za pacienty, kteří nemají žádné příbuzné, či za pacienty, kteří si jen chtějí chvíli popovídat, zahrát si společenskou hru nebo poslouchat čtení z knih.

Vzhledem k dále neudržovanému stavu budovy B dolního areálu se personál ONP2 těšil na červen 2020, kdy byla slavnostně otevřena budova I v horním areálu. Do nově upravených prostor této budovy se mělo 2. oddělení následně péče přestěhovat spolu s Plicní léčebnou a Centrem pro poruchu spánku. Zatím se však na uvolnění budovy I stále čeká, a tak je toho času jediným jistým termínem, dokdy nejpozději je třeba opustit budovu B dolního areálu a přesídlit do budovy I horního areálu, červen 2024, což je čtyři roky po slavnostním zahájení provozu budovy I.

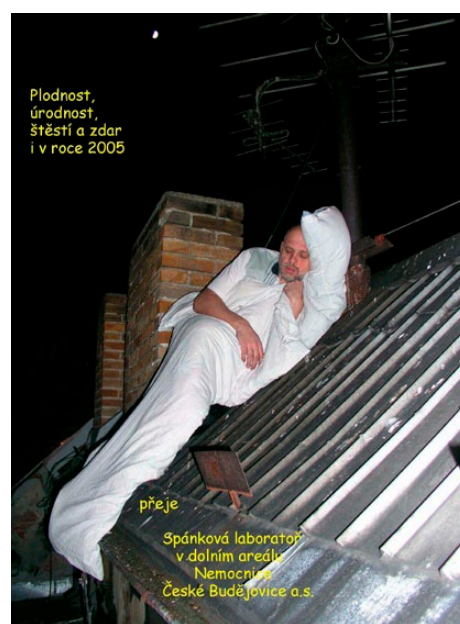
Samostatnou kapitolu historie i současnosti 2. oddělení následně péče si zaslouží i program ambulantní neurologické péče. Na jeho počátku stála všestranná laborantka Radka Ardolfová, která spolu s MUDr. Pavlem Dohnalem přešla nejdříve z Krajské do Okresní nemocnice a pak zpět do Krajské nemocnice, kde prováděli vyšetření elektroencefalografie, elektromyografie a vyšetření evokovanými potenciály v modalitách zrakových, sluchových i somatosenzorických. Vznikla tak Neurofyziologická laboratoř v dolním areálu. Tato instituce v roce 2003 rozšířila své diagnostické služby díky novému polysomnografu darovanému sponzorskou firmou Sanofi, který umožňuje vyšetření spánku. Poté, co se polysomnografie kromě Prahy a Brna začala natáčet i v Českých Budějovicích, byl provoz Spánkové laboratoře zahájen slavnostní konferencí, jíž se jako přednášející zúčastnily tehdejší špičky české somnologie.

Neurofyziologická laboratoř v dolním areálu Nemocnice České Budějovice, a.s., tak začala poskytovat rozličné modalit vyšetření funkce nervového systému. Kromě základních typů vyšetření, z nichž můžeme jmenovat například elektromyografii a elektroencefalografii, poskytovala i vyšetření evokovanými potenciály a video EEG – specializovanou vyšetřovací techniku vhodnou



Plakát ke konferenci při příležitosti otevření jihočeské spánkové laboratoře / Foto: archiv oddělení

k posuzování atypických záchvatů epilepsie či nočních záchvatů. Provádí se zde i polysomnografie, jež slouží k vyšetření charakteru spánku a jeho eventuálních poruch, jako je nespavost, či naopak zvýšená spavost způsobená rozličnými druhy převážně neurologických onemocnění, sledovat



PF spánkové laboratoře / Foto: archiv oddělení

však lze i abnormní stavy ve spánku. K vyšetření spánku se dále používá i noční polygrafie, což je specializované vyšetření pro syndrom spánkové apnoe či syndrom neklidných nohou.

Kromě základního polysomnografu používaného od roku 2003 provozovala laboratoř z finančních prostředků získaných při pořádání Neurofyziologického kongresu (viz níže) na stanici A v letech 2006–2012 i polysomnograf v redukované podobě.

V rámci Neurofyziologické laboratoře vznikla Poradna pro poruchy spánku. Spánková laboratoř získala v roce 2012 certifikaci v rámci České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu jako Centrum poruch spánku Nemocnice České Budějovice, a.s., které bylo opakovaně zařazeno do celosvětového výzkumu v léčbě nespavosti.

Neurofyziologická laboratoř  
v dolním areálu Nemocnice České Budějovice a.s.

si Vás dovoluje pozvat ke společnému setkání na

„I když si budeš myslet,  
žeš mě už nepochybně poznal, hle!  
Vidiš už teď, že jsem ti unikl.“  
... Walt Whitman

ČESKÁ SPOLEČNOST  
KLINICKÉ  
NEUROFYZIOLOGIE

ČESKÁ SPOLEČNOST  
PRO VÝZKUM SPÁNKU  
A SPÁNKOVOU  
MEDICÍNU

Česká společnost biomedicínského  
inženýrství a lékařské informatiky

**51. Neurofyziologický kongres**  
Srní, 3. - 6. listopadu 2004  
[www.nemcb.cz/nfkongres](http://www.nemcb.cz/nfkongres)  
[nfkongres@nemcb.cz](mailto:nfkongres@nemcb.cz)

*Lidské tělo, především pak jeho řídicí orgán – mozek, nás snad stále více fascinuje svou složitostí. Čím více lidský mozek poznáváme, tím víc chápeme, že mozek je umělým způsobem nesestrojitelná jedinečnost. Jsme jen schopni identifikovat různé děje, jež se odehrávají v mozku, ale i svaly apod., avšak identifikujeme je pouze nepřímou díky tomu, že činnost je provázána bioelektrickou aktivitou. Naučili jsme se podle druhu a charakteru této aktivity celkem správně odhadnout, jaké děje se ve sledované tkáni odehrávají. Uvědomujeme si však, že nám je takto předložena jen jakási nová realita, pro niž jsme sice vytvořili kompletní jazyk, ale přesto to nic nemění na věci, že celý tento jazyk vznikl na základě jakéhosi komplexního artefaktu při snímání biosignálu z daného elektrického pole, tedy lidského těla. Vytvoření takového artefaktu je záležitostí nesmírně složitou, neboť se při ní člověk snaží využít všech svých nově nabytých schopností a vědomostí.*

*51. Neurofyziologický kongres by měl být mimořádný tím, že se u jednoho stolu mají sejít ti, jež vytvářejí artefakty, s těmi, jež vytvořili jazyk těchto artefaktů.*

*Setkávají se za jedním pracovním stolem denně, avšak takřka nikdy osobně. Lékař, zabývající se problematikou hledání paralel mezi změnou biosignálu v souvislosti se zdravím i s nemocí, by rád znal tušení nových možností biofyziky, chtěl by znát i limity zpracování biosignálu ve světle nejaktuálnějších novinek ve světě informatiky. Jaká škoda, že lidé, jimž je tato problematika vlastní, někdy mohou pociťovat nedostatek přímé vazby na lékaře.*

*51. Neurofyziologického kongresu se dohodla zúčastnit i Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu. Nemohla si nechat ujít příležitost se taktéž účastnit. Spánková medicína si je vědoma toho, že zatím takřka jedinou možností, jak zjistit něco o tom, co se ve spánku děje, musí být taktéž filtrováno komplexním artefaktem biosignálu, který je vytvářen nejen z hlavy, ale i z jiných částí těla.*

**prim. MUDr. Pavel Dohnal**

Díky polysomnografu, jímž bylo možno plnohodnotně natáčet i EEG, bylo v laboratoři několik let provozováno i video EEG. K dalšímu komplexnímu rozvoji Spánkové laboratoře takřka od počátku významnou měrou přispěla MUDr. Veronika Jiříčková.

Do celostátního povědomí se Neurofyziologická laboratoř zapsala tehdy mimořádným počinem, kdy se ujala pořadatelství společného kongresu České společnosti pro klinickou neurofyziologii, Slovenské společnosti pro klinickou neurofyziologii, České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu a České společnosti biomedicínského inženýrství a lékařské informatiky.

V průběhu dalších let se ze Spánkové laboratoře postupně podařilo vytvořit funkční celek uvnitř oddělení následné péče. Spánková laboratoř však již od počátku své činnosti neměla žádného kmenového pracovníka, a tak například zdravotní sestry z apalické jednotky v rámci neplaceného nadúvazku v době nočních služeb mimo péče o apaliky také v prostoru své dřívější šatny souběžně snímaly polysomnografii. Stejně tak se o spánkovou medicínu dobrovolně začala zajímat sekretářka oddělení Monika Vočadlová, která se zasadila o řádný chod obou institucí. K dalším provozním změnám Spánkové laboratoře došlo v roce 2009, kdy odešla laborantka Radka Ardolfová a na její místo nastoupila zdravotní sestra Jana Marková. Spolu s ní byla na část úvazku uvolněna ambulantní sestra oddělení Miriam Stehlíková.

Spánková laboratoř, po certifikaci Českou společností pro výzkum spánku a spánkové medicíny v roce 2012 Centrum pro poruchy spánku Nemocnice České Budějovice, a.s., se tak stala dobře zavedenou instancí pro celé jižní Čechy. Odborný kredit se jí podařilo upevnit v roce 2011 uspořádáním somnologického kongresu v České Krumlově.

*V rámci našich snah státi se civilizovanými jsme mnohé obětovali svému pohodlí. Zkracujeme vzdálenosti a navyšujeme rychlost transportu, ale kvůli novým možnostem se nám dostává jen větší úspěchanosti a z toho pramenícího stresu. V marné touze osedlat čas našimi potřebami, které s novými možnostmi geometrickou řadou narůstají, zjišťujeme, že se nám času stále více nedostává. Na každém kroku a v každém okamžiku se snažíme šetřit fyzickou námahu, ale vůbec se tím nestáváme zdatnějšími. Navykli jsme si naši potravu činit hojnou kvantitou i kvalitou, vsudypřítomnou, ale naše těla tímto blahobytem trpí. Vyřešili jsme během posledních staletí léčbu řady nemocí, a tak se výrazně prodloužil věk dožití, ale tím se lidstvo zaplavuje řadou nemocí stáří dříve nepoznaných.*

*Se všemi těmito změnami je bezpodmínečně spjat nový životní styl. Organismus je vystaven novým podmínkám prostředí, a tak dochází k poruchám jeho regulace. Organismus je regulován časově z jedné třetiny délky života ve spánku, ale bude tomu tak určitě větší měrou, neboť právě ve spánku není organismus zatěžován tělesným a duševním výdejem. Pojďme se společně zamyslet nad problematikou civilizačních nemocí ve spojitosti se spánkem v říjnu 2011, tedy v Rožmberském roce, přímo v sídle šlechtického rodu, který zde před 400 lety ukončil své tehdejší takřka 400 let trvající panování, a pokusme se posoudit změny, jež od té doby nastaly a promítly se do problematiky zdraví a nemoci. Jak by se totiž dalo vytušit z indicií zejména z posledních let panování rodu Rožmberků, život na jejich dvoře by bylo možno vnímat jako jednu z kolébek civilizačních nemocí.*

**prim. MUDr. Pavel Dohnal**

V roce 2012 proběhla legislativní úprava zdravotního pojištění, a tak kvůli zmírněným indikačním kritériím přetlakové léčby došlo ke skokovému nárůstu předepisování přetlakových přístrojů při zástavě dechu ve spánku.

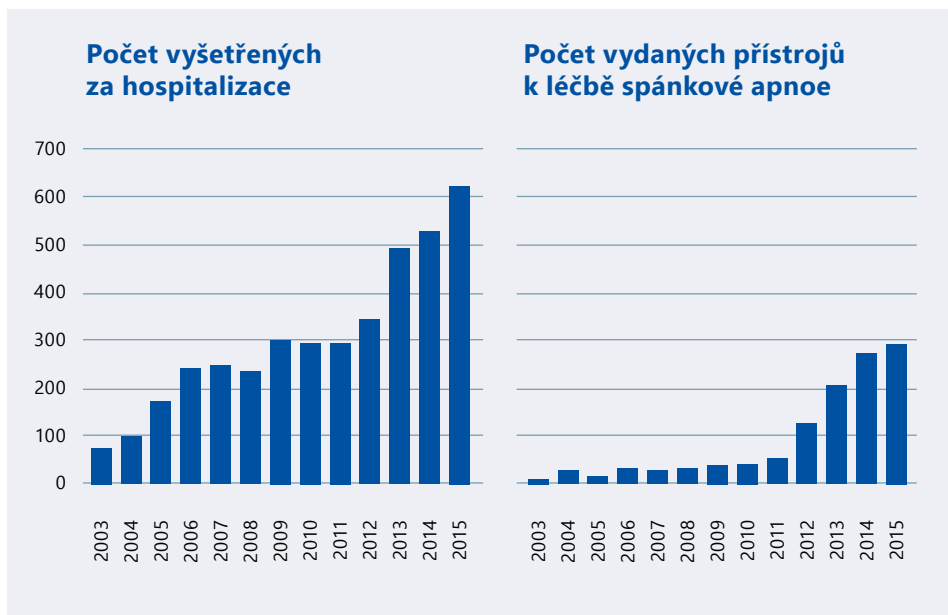
Tato situace však byla podmíněna skokovým nárůstem vyšetření spánkovými polygrafy v dlouhodobé zápůjčce kooperujících firem v roce 2013. V roce 2017 došlo k ukončení dobrovolné spolupráce sester z apalické jednotky stanice C. Ve stejné době byly nemocnicí zakoupeny dva nové polysomnografy, jeden do Centra pro



Popiska / Foto: archiv oddělení

poruchy spánku v dolním areálu a druhý na Dětské oddělení, kde se zásluhou nejenom MUDr. Veroniky Jiříčkové postupně rozvinula diagnostika poruch spánku v dětském věku. Na stejném oddělení se v samostatného somnologa postupně vypracoval také MUDr. Jan Červíček. Byla navázána také spolupráce s Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie, kde se zhotovují CT scany retrolingválních prostor či probíhá cílená endoskopická diagnostika horních cest dýchacích při navození indukovaného spánku DISE (Drug-induced sleep endoscopy), v obou případech pod odbornou gescí

primáře MUDr. Pavla Střihavky. V rámci Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL) s Centrem pro poruchy spánku spolupracuje poradna i operativa vedená MUDr. Janem Nejedlým a za Kardiologické oddělení se na spolupráci podílí MUDr. Přemysl Hájek. Centrum prakticky od počátku přistěhování Plicní léčebny stále intenzivněji využívá odborných vědomostí primářky MUDr. Zuzany Liptákové, která se tak postupně stala nepostradatelnou součástí Centra s ohledem na plicní komorbiditu. V Centru došlo k výraznému nárůstu vyšetření za pomoci polygrafů a titrací přetlakových přístrojů. Vyšetření videopolysomnografie bylo ze stanice C přesunuto do provizorních prostor v přízemí, takže se provoz Spánkové laboratoře mohl zcela osamostatnit od provozu apalické jednotky a mohly tak být natáčeny dvě polysomnografie současně. Somnologickými laborantkami se poté nikoli již formou neplaceného nadúvazku, ale formou přesčasové práce mohly stát zdravotní sestry ze standardních stanic následné péče. Na této pozici se postupně vystřídaly Bc. Marcela Machková,



Michaela Studnařová, později Karolina Táborová, DiS., Andrea Simonová, DiS., Eliška Nováková, DiS. a Iveta Kovaříková. V roce 2021 začala polysomnografii na Dětském oddělení natáčet zdravotní sestra Anna Matějková. Jejího vzdělání i postgraduální specializace laboranta Spánkové laboratoře se po dohodě podařilo využít i při vyšetřeních v Centru pro poruchy spánku, tedy i při vyšetřeních dospělých. V roce

2022 pak získala poloviční pracovní úvazek výhradně pro práci na třech polysomnografech (dva v Centru pro poruchy spánku a jeden na Dětském oddělení), čímž se stala prvním kmenovou laborantkou Centra pro poruchy spánku Nemocnice České Budějovice, a.s., provádějící polysomnografii.

■ **Prim. MUDr. Pavel Dohnal**

# SLEDUJTE NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE NA SOCIÁLNÍCH SÍTÍCH!





[www.facebook.com/nemcb](https://www.facebook.com/nemcb)

[www.instagram.com/nemocnicecb](https://www.instagram.com/nemocnicecb)

[www.youtube.com/channel/UCeL\\_LyJOnZtBGHQJaVKhs0A](https://www.youtube.com/channel/UCeL_LyJOnZtBGHQJaVKhs0A)



**NEMOCNICE**  
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

# Nesmírně si vážím práce lékařů, ale práce zdravotní sestry je pro mě srdeční záležitost

**Novou vrchní sestrou Kardiologického oddělení byla od 1. května jmenována paní Martina Červenková. Pro řadu pacientů se jedná o známou tvář, protože dlouhá léta působila jako staniční sestra na akutní příjmové ambulanci. O své profesní cestě, práci vrchní a kardiologické sestry hovoří na následujících řádcích.**



*Vrchní sestra Kardiologického oddělení Martina Červenková / Foto: Jan Luxík*

## ■ Paní vrchní, jaká byla vaše cesta do zdravotnictví?

K oboru zdravotnictví jsem měla velmi blízko již od dětství. Můj dědeček MUDr. Jan Příbrský, CSc., byl v českobudějovické nemocnici prvním a dlouholetým primářem Gynekologicko-porodnického oddělení, také můj tatínek MUDr. Karel Blažek, Ph.D., zde dlouhá léta působil jako lékař na Dětském oddělení.

Už jako malá jsem často chodila tatínka navštěvovat do služeb na Dětské oddělení. Režim v nemocnici nebyl tak přísný jako v dnešní době. Dodnes vzpomínám na tehdejší sestřičky, které na mě byly moc hodné, a pokud to bylo možné, mohla jsem je zpozvdálí sledovat při některých činnostech. Jejich

zodpovědnou práci jsem obdivovala, už v té době jsem věděla, kým chci v dospělosti být. I když si tatínek moc přál, abychom já a moje sestry pokračovaly v jeho lékařských šlépějích, práce zdravotní sestry je pro mě prostě srdeční záležitost. Musím říct, že jsem nikdy nelitovala, i po bezmála čtyřiceti letech mě tato práce stále baví.

## ■ Českobudějovická nemocnice byla tedy pro vás jasnou volbou. Na jaké oddělení jste nastoupila?

Ano, volba nemocnice byla docela jasná, de facto jsem zde strávila hodně času už během studia střední zdravotnické školy. Vedle povinné praxe jsem totiž ještě docházela na brigádu na Interní oddělení, kde jsem pomáhala s úklidem.

Ačkoli jsem nejprve měla představu o práci na úrazové chirurgii, interní obor se mi nakonec zalíbil více. Náplň práce byla různorodá a zároveň náročná, což mě právě lákalo. Nakonec si mě k mé radosti tehdejší staniční sestra vybrala. Nastoupila jsem ihned po ukončení školy – 1. června 1984. Po čtyřech měsících jsem byla kvůli personální nouzi přeřazena na Koronární jednotku, která tehdy byla součástí Interního oddělení. Rok po mně nastoupil na Koronární jednotku pan doktor MUDr. Jiří Bouzek, pozdější ředitel nemocnice. Byl velice šikovný a přátelský, zároveň byl důsledný a uměl být i přísný. Vyžadoval maximální profesionalitu a připravenost. Vzpomínám například na situace, kdy jsme i ve volných chvílích při službách musely cvičně pracovat s umělou plicní ventilací, číst EKG křivky, hodnoty krevních výsledků, perfektně znát používané léky – prostě vše, s čím jsme přicházely do styku. Pan doktor nás nezřídka i zkoušel. Za jeho působení vládl na jednotce velký řád a vše šlapalo jako hodinky. Přesto na vše vzpomínám ráda, jako kolektiv jsme byli opravdu fungující parta. Pracovala jsem zde krásných čtrnáct let, poté jsem odešla na mateřskou dovolenou.

#### ■ Kdy jste začala pracovat na Kardiologickém oddělení?

Během mé mateřské došlo k vyčlenění kardiologie a gastroenterologie z Interního oddělení a vznikla nová samostatná oddělení. V roce 2000, po své druhé mateřské dovolené, jsem nastupovala na nově vzniklé Kardiologické oddělení na stanici Intermediární péče. Po roce, kdy jsem pracovala jako sestra u lůžka, jsem přijala nabídku pozice staniční sestry.

Po šesti letech se uvolnilo místo staniční sestry na akutní příjmové ambulanci. Líbilo se mi, že bych se i jako staniční sestra mohla opět vrátit k akutní medicíně, proto jsem požádala o přeložení. Práce v akutní medicíně je velmi dynamická a různorodá, blízko pacientům a medicíně jako takové, přesně moje krevní skupina.



Vrchní sestra Kardiologického oddělení Martina Červenková / Foto: Jan Luxík

Součástí povinností ambulantních sestřiček jsou i 24hodinové pohotovosti přibližně třikrát do měsíce.

#### ■ V letošním roce pak přišla nabídka na práci vrchní sestry.

Letos v květnu mě s nabídkou pozice vrchní sestry oslovil ředitel Kardiocentra MUDr. Ladislav Pešl. Musím upřímně říct, že mě to zaskočilo. Ačkoli mám v práci ráda výzvy, ambici dostat se do vedoucí funkce jsem u sebe nikdy necítila, proto jsem nabídku i dlouho zvažovala. Náplň práce vrchní sestry je hlavně o administrativě a já se nechtěla úplně vzdát práce na akutním

příjmu. Na druhou stranu jsem si sama uvědomovala, že oddělení vrchní sestru potřebuje a nabídku povýšení vnímám jako ocenění své dosavadní práce.

V rozhodnutí pozici přijmout mi hodně pomohla i velmi pozitivní reakce a velká podpora kolegů a rodiny. Nyní doufám, že je nezklamou a že ve mně budou mít vždy oporu a zastání, zároveň se budu snažit nezklamat důvěru vedení. Pořád se cítím být hlavně zdravotní sestrou, i proto si ponechávám stále možnost pohotovostních služeb na akutní příjmové ambulanci, kam se vždy nesmírně těším.

### ■ Jak prožíváte první měsíce na nové pozici?

Mé oblíbené krédo je „každý den je výzva“, což nyní pociťuji markantně. Zcela jsem změnila profesi, a jak jistě potvrdí ostatní kolegyně, změna je to velmi náročná. Dvanáct let jsem pracovala na akutní ambulanci, kde se neustále střídá mnoho pacientů i kolegů, a najednou jsem sama v kanceláři, většinu času řeším administrativu, musím vyřizovat spousty e-mailů, organizovat porady a schůze, fasování materiálu pro celé oddělení a plnit další povinnosti. Vše se učím doslova za pochodu a každý den řeším něco zcela nového.

Nicméně velkou oporou je mi můj výborný tým staničních sester – Martina Hanzalová (Katetrizační laboratoř), která je zároveň mojí zástupkyní, Karolína Lavičková (Koronární jednotka), Bc. Eva Bártová (Intermediární péče), Hana Votavová (Příjmová ambulance), Martina Huleová (Lůžková část) a Pavla Váchová (Arytmologický sál).

Naše spolupráce je zejména o maximální komunikaci. Nechci jako vrchní sestra vystupovat direktivně a jsem opravdu ráda, že nám systém vzájemné dohody funguje dobře. Samozřejmě si uvědomuji, že je to z velké míry dáno i tím, že se po pracovní i osobní stránce známe již řadu let. Víím, co od kolegyně mohu očekávat, víím také, že se na ně mohu plně spolehnout, za což jsem opravdu vděčná a patří jim můj dík.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat i vrchní sestře z Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie Barboře Zíkové. Ačkoli sama nastoupila do funkce vrchní sestry jen několik měsíců přede mnou, ochotně mě provedla prvotními úskalími a mohu se na ni kdykoli obrátit. Potěšila mě i odezva dalších kolegyně z řad vrchních sester, které mě po jmenování oslovily, aby mi nabídly součinnost, bude-li to třeba. I jim tímto děkuji za jejich vřelost.

### ■ Jak vaše oddělení funguje? Musela jste zavést nějaké změny?

Vnímám to tak, že jsem nastoupila do rozjetého vlaku, který ale funguje dobře.

Máme zavedený systém práce a komunikace, který se mnohokrát osvědčil i při vypjatých situacích. Například vlivem většího výkyvu počasí se kardiakům přitíží a najednou jsou čekárny plné pacientů v akutních stavech, kterým musíme okamžitě poskytnout péči. I takový nápor zvládáme. Každá staniční sestra ví, co má dělat, umíme se rychle domluvit – chaos si u nás při takovém objemu pacientů nemůžeme dovolit. Proto v tomto směru není aktuálně nic, co bych chtěla měnit.

Co se týče péče o personál, snažím se vytvořit co nejlepší podmínky pro jeho práci. Obecně nerada věci odkládám, důležitý je pro mě pořádek – a nemyslím jen ten na stole, ale i v pracovních a mezilidských záležitostech. Snažím se tak požadavky staničních sester řešit co možná nejrychleji. Veškeré nové skutečnosti, nařízení či změny probíráme společně, abychom našly ideální shodu a vytvořily tak co nejefektivnější pokyny pro ostatní personál. Průběžně s jednotlivými staničními sestrami probírám i aktuální situaci na jejich pracovištích, abychom případně odhalily Achillovu patu dříve, než nastane větší problém.

Času sice nemám v posledních měsících nazbyt, ale považuji všechnu tuto spolupráci a komunikaci s kolegy za opravdu důležitou. Věřím, že díky vzájemné důvěře, otevřenosti a snaze předejdeme mnoha nepříjemnostem.

### ■ Jaká je personální situace na vašem oddělení?

Složení personálu se u nás neustále mění, jednoznačně nejvíce odchodů je z důvodu mateřské dovolené, jelikož většina sestřiček je ve velmi mladém věku. Nelze se tak vyhnout neustálému zaučování nováčků, které je v kompetenci staničních sester.

Konkrétně u mladých děvčat je to opravdu nekončící proces, zažila jsem to sama na vlastní kůži jako staniční sestra. Věnujete jim své znalosti, čas a energii a za tři čtyři roky odcházejí na mateřskou a začínáte nanovo s někým dalším. Samozřejmě je to naprosto přirozený proces a taková situace se odehrává v drtivé většině oborů i mimo zdravotnictví. Ale vzhledem k tomu, že se převážně jedná o šikovné sestřičky, vždy to člověka svým způsobem trochu zamrzí.

Aktuálně nám chybí šest sestřiček na Koronární jednotku, což je ideální pracoviště pro ty, kteří se zajímají o intenzivní péči a mají rádi akční práci. Hledáme též posily na Arytmologický sál, což je vysoce specializované pracoviště. Každopádně vítáme každého, kdo se zajímá a chtěl by u nás na kardiologii pracovat.

### ■ Co je pro vás na práci sestry na Kardiologickém oddělení to hezké a jaké jsou naopak její stinné stránky?

Kardiologie je moc hezký obor a práce s kardiologickými pacienty je hodně různorodá s ohledem na nové postupy a přístupy k léčbě. Je často až neuvěřitelné, jak obrovský mají jednotlivé zákroky a léčba efekt. Často naše oddělení, pokud vše proběhne, jak má, přirovnávám k porodnici. Tam dříve těhotnou maminku propouštějí domů spolu s miminkem. U nás na oddělení zase propouštíme domů pacienta ve velmi dobrém stavu, ačkoli jsme jej před pěti šesti dny přijímali zkolabovaného. A to je na naší práci krásné.

Nicméně i u nás jsou pacienti, které se ne vždy podaří zachránit, to je bezesporu ona stinná stránka naší práce – zvláště jedná-li se o mladého člověka. Často tito pacienti nemají předchozí obtíže a o to větší šok je to i pro jejich blízké. I když je to smutné, k naší práci to bohužel patří. Troufnu si tvrdit, že téměř všechny naše sestřičky jsou velmi erudované a umějí s blízkými zemřelého pacienta citlivě hovořit a být jim i jistou oporou, je-li třeba.

## ■ **Vaše oddělení má celkem šest stanic. Jak se liší práce sestry na jednotlivých stanicích?**

Akutní příjmová ambulance slouží jak pro objednané plánované výkony, tak pro akutní případy z terénu. Práce zde je náročná opět zejména množstvím pacientů, kteří ambulanci navštíví. Denně je zde v průměru patnáct plánovaných příjmů, do toho přijíždějí sanitky s akutními pacienty a přicházejí sem i pacienti sami, kteří se náhle necítí dobře. Dále sem docházejí pacienti od obvodních lékařů či z jiných nemocnic. Sestry tak musí být pořád ve střehu, zachytit vše, co se děje, a pacienty správně roztřídit a nasměrovat na další pracoviště. Bohužel jsou zde sestry i konfrontovány netrpělivými pacienty, jejichž stav není natolik akutní a kteří musí počkat, až ošetříme jiné případy.

Sestra na Koronární jednotce se stará o pacienty ve velmi těžkém stavu, kteří jsou často připojeni na plicní ventilaci, umělou dialýzu apod. Sestřička musí být i technicky zdatná, aby zvládla obsluhu několika přístrojů souběžně. Pacient je často v bezvědomí, nespolupracuje, de facto se jedná o nonstop péči. Je to práce podobná jako na ARO či RES, tedy velice náročná a zodpovědná. Z pohledu ošetřovatelství se jedná o naše nejnáročnější pracoviště.

Intermediární péče se stará o pacienty, kteří podstupují plánované arytmiologické zákroky, a o pacienty, kteří prošli Koronární jednotkou a jejich stav již nevyžaduje tak intenzivní péči a přístrojovou podporu. Zde jsou pacienti pouze monitorováni. I zde sestřičky musí perfektně znát EKG křivky, aby v případě komplikace uměly správně zareagovat. Máme zde 21 lůžek a neustále jsou plně obsazena. Protože jsme specializované arytmiologické pracoviště, sjíždějí se k nám pacienti skoro z celé republiky.

Na standardních lůžkách neustále dochází k obrovskému přesunu pacientů, za den se přijme okolo patnácti nových pacientů a stejné množství

se propustí. Současně se odvázejí a přivázejí pacienti z operačního sálu, posílají se pacienti na předoperační a jiná vyšetření. Sestry se opravdu nikdy nezastaví. Náplň práce zde není až tak vysoce odborná, neznamená to však, že by se sestry nedokázaly postarat o pacienta ve vážném stavu.

Katetrizační laboratoř neboli KATLAB je operační sál, připravený 24 hodin 7 dní v týdnu pro akutní a plánované katetrizace či jiné specializované výkony.

Arytmologický sál pro plánované velké i malé arytmiologické výkony funguje pět dní v týdnu, nezřídka zde kolegové pracují do pozdních večerních hodin.

## ■ **O kardiologické pacienty se staráte dlouhá léta. Změnila se v průběhu času péče o pacienty z pohledu sestry?**

Z dnešního pohledu byla dřívější péče o kardiologické pacienty poměrně delší. Dříve se pacient s infarktem léčil konzervativně, tj. neprováděly se žádné katetrizační ani jiné speciální zákroky, pacienti u nás leželi až tři týdny. Byli připojeni na monitoru, kapala jim řada infúzí, neustále se jim odebírala krev. Také jsme dost často resuscitovali a byla bohužel i mnohem vyšší úmrtnost.

Dnes je pacient s infarktem zaléčen invazivně, a když se vše zadaří, jak má, jde po pár dnech domů. Vše je daleko rychlejší, na druhou stranu však narostlo množství administrativy, která personál velmi zatěžuje. Kdykoli poslední léta přijdu na oddělení, sestřičky většinou sedí u počítačů a vyplňují formuláře. Ze strany vedení nemocnice je snaha množství dokumentů redukovat. Věřím tak v nalezení kompromisu, aby v blízké budoucnosti sestry více času věnovaly pacientům namísto papírování.

## ■ **Jak náročné jsou začátky pro nové sestry?**

Osobně vnímám, že dnešní začínající sestřičky mají za sebou velmi málo praxe získané během studia.

Z vlastní zkušenosti vím, kolik času jsem při studiu strávila na praxi já.

Doprovázela nás paní učitelka, bývalá zdravotní sestra, vše nám sama názorně ukazovala a vysvětlovala. Naše praxe tak zásadně neomezovala chod oddělení. Sestry se plně věnovaly své práci a my je mohly při práci nejen pozorovat, ale i vykonávat přidělené úkoly, vše pod dohledem paní učitelky. Také po nástupu do zaměstnání bylo na vše více času, první měsíc mě staniční sestra téměř k ničemu nepustila, opět jsem vše hlavně pozorovala a zkoušela si nanečisto. Když mě pak pustila k zákrokům, byla jsem si už jistější.

V dnešní době chodí vysokoškolští studenti na praxe sami a na starosti je mají staniční sestry, které se studentům věnují. Je to však na úkor jejich běžné práce, a tak je někdy vítaná i pomoc z řad zkušených sester, aby zapracování bylo co nejefektivnější. Objem informací je velký, vše je poměrně hektické. Vedle samotné práce sestry je třeba seznámit se i s řadou nových přístrojů a také administrativou. Zapracování je pro novou sestru opravdu náročné, a i tak se plno věcí musí naučit až za pochodu, ostatně jako i jinde.

## ■ **Zmínili jste, že měnit na chodu oddělení nic nechcete. Přesto nějaké plány jistě máte.**

Ráda bych zavedla pravidelné interní semináře napříč všemi stanicemi. Obor kardiologie se totiž neustále posouvá kupředu, personál se u nás často mění, a vidím proto potřebu doplňovat nové znalosti a udržovat ty dosavadní. Chtěla bych tedy, aby naši lékaři pravidelně seznamovali sestřičky se zákroky a výkony jednotlivých stanic.

## ■ **Vaše práce je velmi náročná. Kde čerpáte energii?**

Velkou radost mi dělá moje osmnáctiměsíční vnučka. S ní opravdu zapomenou na veškeré pracovní záležitosti. S manželem pak hodně cestujeme a jezdíme na kole či na motorce.

## ■ **Ing. Veronika Dubská**

*Oddělení vnitřních a vnějších vztahů*



# Jsem ráda, že jsem mohla dělat povolání, které bylo mým koníčkem

**Na konci srpna opouští funkci vrchní sestry Chirurgického oddělení Mgr. Magdaléna Hálová. Završuje tak své bezmála čtyřicetileté působení v českobudějovické nemocnici a odchází do zaslouženého důchodu.**



Mgr. Magdaléna Hálová / Foto: redakce

## ■ Paní vrchní, kde se ve vás vzala touha pracovat ve zdravotnictví?

Při výběru profese mě silně ovlivnila nemoc mojí maminky. V době, kdy jsem chodila na základní školu, byla maminka velmi nemocná. Měla jsem k ní velmi blízko, proto pro mě bylo samozřejmostí jí pomáhat a pečovat o ni. Když nastal čas podat si přihlášku na střední školu, zdravotnická škola pro mě byla jasnou volbou. Po jejím úspěšném dokončení jsem chtěla studovat psychologii, avšak protože jsem odmítla vstoupit do Socialistického svazu mládeže, nezískala jsem doporučení, a tak mi bylo studium na vysoké škole znemožněno. Jelikož pocházím z východního Slovenska, nastoupila jsem jako sestra na ARO do nemocnice v Košicích, přičemž 1. srpna uplynulo od mého

nástupu 45 let. Do Českých Budějovic jsem se přistěhovala za manželem. Zde jsem poté v roce 1985 nastoupila do tehdejší Vojenské nemocnice.

## ■ Byla to velká změna pracovat na druhém konci republiky? Na jaké oddělení jste nastoupila?

Ani ne. Chtěla jsem pokračovat v práci na ARO, ale tehdy byl primářem ARO můj tchán, MUDr. Erik Hála. Ctílo se, že rodinní příslušníci by neměli pracovat na stejném oddělení. A tak jsem nastoupila na Chirurgické oddělení. Později jsem pracovala také na Očním oddělení, Interním oddělení na stanici JIP a velmi krátce na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. V roce 1999 jsem se však po oslovení tehdejší vrchní sestrou Bc. Hanou Vovesnou vrátila

na Chirurgické oddělení na pozici staniční sestry jednotky intenzivní péče, která v té době vznikala.

## ■ Vyzkoušela jste si práci na několika odděleních. Jak na tyto zkušenosti vzpomínáte?

Vždy říkám, že každá změna měla něco do sebe. Vyzkoušíte, že všude je chléb o dvou kůrkách. Všude vám něco vyhovuje méně a něco více. Vidíte, že každé oddělení funguje trochu jinak. Jsem vděčná za všechny příležitosti, které mi život přinesl. Nikdy jsem práci nezměnila, protože bych musela. Vždy mě někdo oslovil s nabídkou a já ji přijala. To vnímám jako příjemný důvod ke změně. Například práci na JIP na Interním oddělení jsem získala tak, že jsem potřebovala praxi v rámci studia

ARIP, zatímco vrchní sestra Interního oddělení potřebovala na JIP sestru, a tak mi místo nabídla. V té době jsem pracovala na Očním oddělení, ale protože se vrchní sestry navzájem dobře znaly, s přestupem nebyl problém.

### ■ Kdy jste nastoupila na post vrchní sestry Chirurgického oddělení?

Na místo vrchní sestry Chirurgického oddělení jsem nastoupila před šesti lety, když byl do funkce primáře jmenován MUDr. Petr Pták, Ph.D., který mi pozici nabídl. Upozornila jsem ho, že za pár let budu chtít odejít do důchodu. Nevadilo mu to a jeho jedinou podmínkou bylo, abych ho půl roku před svým odchodem informovala. Podmínku jsem dodržela a od dubna zaučuji novou vrchní sestru. Neodcházím ve zlém, ale plánovaně. Myslím, že moje nástupkyně má výhodu v tom, že jako jedna z mála je takto zaučena. Nemusí tápat v tom, na koho se s čím může obrátit a kde má co hledat. Samozřejmě vše předat nelze, bude čelit i novým situacím, které bude ale muset řešit už sama.

### ■ Bylo něco, co vás tehdy v nové funkci překvapilo?

Celý život jsem byla obklopena muži, pro které platilo, že „černá je černá a bílá je bílá“. Až s nástupem do funkce staniční sestry jsem zjistila, jak odlišné je mužské a ženské myšlení. Stávalo se mi, že jsem přišla ráno do práce a kolegyně se mě ptaly, jak jsem nové nařízení myslela. Říkala jsem jim, že přesně tak, jak jsem napsala, ať za tím nehledají žádný jiný nebo skrytý význam.

Když jsem nastoupila na JIP, byly zde sestry ze čtyř stanic a každá měla odlišný systém práce. Nejprve jsem myslela, že vše budeme řešit demokraticky, avšak záhy jsem zjistila, že určitá pravidla prostě musí být dána nadřazeným. Tato zkušenost pro mě byla výhodou i ve funkci vrchní sestry.

### ■ Většina oddělení hledá do svých kolektivů nové sestry. Jak je to s personálem na vašem oddělení?

Během celých šesti let jsem sestry hledat nemusela, vždy byla vyšší

poptávka než počet volných míst. Nerada bych však něco zakřikla. Pouze jednou v minulosti a nyní v posledním půlroku se sešlo několik odchodů do důchodu, na mateřskou dovolenou, dlouhodobé nemoci apod., takže jsme se dostali do personální krize a čekali na nové sestry. Naštěstí se nám nyní podařilo přijmout čtyři nové kolegyně na poloviční úvazky, což je teď, zejména u sester s malými dětmi, velmi žádané. Věřím, že po prázdninách nám přibudou ještě další kolegyně.

### ■ Jak jste docílila tak stabilního týmu?

Takto velké oddělení funguje jako neustále se měnící organismus. Sestry přichází ze škol nebo odchází na mateřskou dovolenou, důležité však je, že se po rodičovské dovolené vrací zpět. Myslím si, že jsem vždy vyhověla, když chtěla sestra změnit stanici, takže docházelo i k posunu personálu v rámci vlastního oddělení. Když chtěla nějaká sestra odejít na jiné oddělení, snažila jsem se přesun umožnit. Samozřejmě poté, co jsem dostala novou sestru, abych neohrozila chod oddělení. Věřím, že spokojená sestra, přestože bude na jiném oddělení, je daleko větším přínosem, než kdyby zůstala na oddělení, kde už z jakýchkoliv důvodů zůstat nechce. Vážila jsem si toho, když sestra přišla a řekla, že se nejedná o nic osobního, ale že potřebuje změnu. Respektovala jsem jejich potřeby a doufám, že to ocenily a jsou na nových místech spokojené. Vždy jsem si také na novou sestru chtěla udělat vlastní názor. Přijímala jsem tedy i ty, které měly pošramocenou pověst. Při pohovoru jsem jim na rovinu řekla, že jsem nedostala zcela kladné reference, ale dávám jim šanci. A můžu říct, že až na výjimky se mi osvědčily a byly na Chirurgickém oddělení spokojené.

Říkala jsem si, že nikdy v životě nesmím dopustit, abych byla někdy natolik ovlivněná snahou někomu se zalíbit, že bych ztratila vlastní úsudek a prosazovala něco, s čím bych vnitřně

nesouhlasila. Doufám, že to takto vnímal i můj personál, že za ním stojím.

Někdy samozřejmě musíte udělat rozhodnutí, u kterého cítíte, že je na hraně. Nesete však určitou odpovědnost a musíte věci vyřešit. Snažila jsem se personálu vyjít vstříc, mluvila jsem s nimi, znala jsem jejich potřeby. V poslední době, tím myslím začátek roku 2022, zbylo v této éře hektických změn (změny ve vedení pro nelékařský zdravotnický personál, akreditace, změna ošetrovatelské dokumentace a její testování, vytváření standardů atd.) na soukromé hovory pouze minimum času. Přesto věřím, že naše vztahy s personálem byly dobré, a pokud chtěli, mohli za mnou kdykoli přijít. Nejsem však naivní a vím, že zavděčit se všem nelze. Uvědomuji si, že jsem měla na personál vysoké nároky, přesto doufám, že na mě nikdo nebude vzpomínat ve zlém.

Možná jsem si až moc nosila práci domů a přemýšlela o svých rozhodnutích. Říká se, že člověk je oblíbený až do svého prvního negativního rozhodnutí. I já jsem samozřejmě musela udělat rozhodnutí, která bych byla radši, kdybych dělala nemusela. Nicméně doufám, že to nikoho na duši nepošramotilo. Vždy jsem se snažila i nepopulární věci vysvětlit tak, aby byly přijaty s co nejmenším odporem.

Se studenty se věnuji vyhodnocení jejich praxe, ptám se jich, jak jsou spokojeni a co jim naopak scházelo. Říkám jim, že pokud mají problém, ať nejprve přijdou za mnou a až poté si stěžují na fakultě. Fakulta jim na dálku nepomůže. Když je problém, tak ho vždy řešíme přímo na oddělení.

### ■ Co člověk potřebuje mít v sobě, aby byl dobrou zdravotní sestrou?

Jedná se o celou škálu vlastností, schopností i zručností. Každý musí sám cítit, že je mu ta práce blízka. Velkou výhodou dnešní doby je, že si sestry mohou vybrat, zda chtějí na chirurgický či interní obor. Dříve to bylo nalinkované, sestry byly umístěny

tam, kde bylo třeba. Takový přístup nebyl správný, protože každá sestra je jiná. Na chirurgických oborech musí mít sestra švih, musí se rychle rozhodovat a rychle pracovat. Když se u nás něco děje, tak to nepočká.

### ■ Je tedy vztah k pečovatelskému povolání zdravotní sestry stále klíčový?

Dle mého názoru se jedná o velký přínos, když má člověk k tomuto povolání vztah. Moje babička říkala, ať se vždy koukám, jak se daný člověk chová ke starým lidem a k dětem, a z toho vycházím. Opravdu se mi to osvědčilo. Ale to, že některá sestra není vyloženě komunikativní typ, ještě vůbec neznamená, že není dobrou sestrou.

Komunikace obecně je podle mě ve zdravotnictví stále velký problém. Sestřičky přichází ze školy velmi dobře připravené po odborné stránce, ale neumí s pacienty komunikovat. Patřím ke generaci, která ještě hodně stála u lůžek a povídala si s pacienty. Ale jak se doba zrychlila, stihá se více výkonů a zbývá méně času na povídání si s pacienty. Domnívám se, že sociální stránka péče v celém zdravotnictví chybí. Říkám proto studentům, aby chodili k pacientům a povídali si s nimi, že se hodně dozví i o jejich nemocech a nebudou se muset tolik učit z knih. Pacienti jim povypráví o svých nemocech a obtížích a studenti tak získají spoustu praktických informací ke svým teoretickým znalostem a zároveň zmírní sociální izolaci pacientů. Dříve jsme znávali pacienty velmi podrobně. Neříkám, že to nyní nejde, ale ne vždy je prostor.

### ■ Jako zdravotní sestra pracujete již 45 let. Práce sestry se velmi proměnila, například v tom, že narostl objem administrativy. Jak tyto změny vnímáte?

Ráda bych zdůraznila, že jsem měla velké štěstí a celý život jsem vykonávala práci, která mě baví. Když si sestřičky stěžují, že je hodně administrativy, tak jim říkám, že my jsme mívaly více manuální práce. Tu teď vystřídala právě



Mgr. Magdaléna Hálová / Foto: redakce

administrativa. Když si vzpomenu, co vše jsme musely mít, nakládat do dezinfekčních roztoků, sterilizovat a recyklovat. Ani se nechce věřit, že se dříve opakovaně používaly například rukavice, rektální rourky či endotracheální rourky. Nyní se po použití jednoduše vyhodí. Obecně narostlo množství jednorázových pomůcek, což je pro pacienta obrovský benefit. Pacienti mají přístup i ke spoustě chirurgických výkonů, které ještě před lety nebyly dostupné. Vzpomínám na naši bývalou staniční sestru, která nám před lety říkala, že její 70leté sestře nechtěli provést operaci

žaludku z důvodu vysokého věku. Dnes již věk není překážkou, každý má přístup k léčbě a péče je dostupná všem. O to náročnější péče o pacienta v současné době je a s přibývajícím administrativou ještě více. Přála bych oddělení nové přehodnocení počtu personálu a další personální posily.

### ■ Říkáte, že váš celý život práce sestry bavila. Nicméně jste určitě zažila i těžké okamžiky.

Těžké pro mě bylo, když jsem ošetřovala pacienta, o kterém jsem věděla, že umírá. I za pár dní totiž navážete s pacientem vztah. Když vám pacient,

mladý člověk, odchází, musíte mít odstup, jinak je tato práce dlouhodobě neudržitelná. Takové případy si nemůžete brát domů. Samozřejmě mě ani po tolika letech nenechává lhostejnou či necitelnou, že někdo umírá. Těžce jsem vždy nesla týrané děti. Na dětských odděleních bych pracovat nemohla, je mi jich strašně líto, ať už se jim přihodilo cokoliv.

Neméně těžké pro mě ve funkci také bylo, když jsem musela učinit rozhodnutí, které nebylo populární, a vysvětlit ho personálu tak, aby ho přijal. To bylo probdělých nocí.

#### ■ Vaší nástupkyní je

#### **Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D. Máte pro ni nějaké rady či přání?**

Nové vrchní vzkazují, že musí jít personálu příkladem. Když ona něco nebude dělat, nebude to dělat ani personál. Když přijдете pozdě do práce či odejdete dřív, tak si personál řekne, že když může ona, oni mohou taky. Těžko budu kárat sestru, že hygienická vyhláška stanovuje, že nesmí mít prstýnky, když sama je mít budu. Když chcete nějaké věci prosadit, musíte začít od sebe. Snažila jsem se razit, že pokud

chcete, aby něco dělali zaměstnanci, musíte to dělat v první řadě sami.

Své nástupkyni přeji dobré vztahy se zaměstnanci, aby ji práce bavila a byla spokojená. Aby myslela na to, že každé její rozhodnutí ovlivňuje zaměstnance, a zamýšlela se nad tím, jaké může mít dopady.

#### ■ Chtěla byste na někoho zavzpomínat či někomu poděkovat?

Chtěla bych poděkovat především primáři MUDr. Petrovi Ptákovi, Ph.D., který mi věřil, dal mi příležitost a práci, která mě bavila. Dokázal se mnou o problémech diskutovat a v neposlední řadě mou práci ocenit.

Samozřejmě bych chtěla poděkovat také svému personálu, který je mi srdečně blízký, tedy celému Chirurgickému oddělení, které za mnou stálo, protože bez něj bych nebyla nikým. Když říkám Chirurgické oddělení, myslím tím celý kolektiv od uklízeček, sanitářek či sanitářů až po lékaře, včetně dvou úžasných sekretářek. Staniční sestry mě na začátku nesmírně podržely a myslím si, že dodnes máme hezké vztahy. Všem moc děkuji, protože

bez nich bych nemohla dělat to, co jsem dělala. Měla jsem štěstí na lidi. Do funkce vrchní sestry jsem nenastoupila dělat kariéru, ale být pro oddělení přínosem. Chtěla jsem pro personál to nejlepší a doufám, že to tak vnímala většina ze zaměstnanců. Pro mě byli přínosem všichni, i ti, kteří například nebyli zcela spokojení, protože mě donutili o dané věci přemýšlet, jestli ji nejde vyřešit jinak.

Celé mé funkční období se neslo v duchu stěhování, a to za mého působení jako staniční i vrchní sestry. Nejdříve přesun z horního do dolního areálu, po necelých dvou letech přesun z dolního areálu do horního areálu do pavilonu CH. Poslední stěhování pak proběhlo před třemi lety z pavilonu CH do pavilonu C. To všechno s sebou neslo změnu počtu stanic, počtu personálu, změnu systému práce... Sami tak posuďte, jak úžasný personál jsem měla, že zvládl všechna stěhování a ustál všechny změny, přestože to bylo někdy velmi těžké.

Chtěla bych samozřejmě poděkovat všem, s kterými jsem spolupracovala (včetně všech z obslužných oddělení, kteří nám zajišťují dodávky materiálu – Technickému oddělení, Obchodnímu oddělení a všem ostatním). Konkrétně chci poděkovat paní Lence Babišové z Obchodního oddělení, které jsem snad nespočetněkrát zapomněla potvrdit objednávku a ona mě na to mile upozornila. Dále také děkuji paní Marii Závíšové ze Zaměstnaneckého oddělení, která má na starosti mzdovou agendu našeho velkého oddělení, za krásnou spolupráci a nadstandardní vztahy.

#### ■ Jaké jsou vaše plány do dalších dní?

Jako správný důchodce nebudu mít čas nazbyt. Chystám se konečně navštívit příbuzné na Slovensku a cestovat po Čechách. Těším se, že budu mít opět čas na knížky. Budu si užívat chvílky s rodinou a uvidím, co život přinese.

#### ■ Ing. Veronika Dubská

*Oddělení vnitřních a vnějších vztahů*

## PODĚKOVÁNÍ

Velice rád bych na tomto místě u příležitosti odchodu do důchodu vrchní sestry Chirurgického oddělení Mgr. Magdaleny Hálové vyjádřil krátké, ale o to upřímnější poděkování. Paní vrchní byla člověkem na svém místě. Tam, kde byla nutná rozhodnost, se uměla rozhodnout a vyžadovat poslušnost. Byla silná, kde bylo třeba nezlomnosti, a uměla být i balzámem tam, kde bylo vhodné jednat s trpělivostí. Oceňoval jsem její samostatnost i schopnost práce v týmu. Řešila úkoly s nadhledem, poctivostí a klidem.

Děkuji za léta spolu strávená a přeji Ti, Magdo, s celým kolektivem spokojený čas zaslouženého aktivního odpočinku, naplněné plány i radost z vnoučat, na která nyní budeš mít dostatek času. Vždy se s Tebou budeme rádi setkávat.

#### ■ Prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D.

*Chirurgické oddělení*

# Chirurg musí mít šikovné ruce a vztah k práci

**MUDr. Ludmila Boučková je vitální dáma a málokdo by hádal, že v českobudějovické nemocnici působí již 55 let. Obdivuhodný je nejen počet let její profesní kariéry, ale i fakt, že byla vůbec první lékařkou na Urologickém oddělení.**

■ **Paní doktorko, bylo pro vás studium medicíny jasnou volbou již od mládí?**

Vůbec ne. Já jsem patřila k poslednímu ročníku, který po ukončení základní školy mohl jít na pedagogickou školu. Poté už musela být maturita. Podala jsem si žádost, ale nebyla jsem pozvána kvůli původu rodičů – táta byl narozený ve Švýcarsku a byl „těžký kapitalista“, protože měl tři zaměstnance. Takže jsem studovat nemohla. Byla jsem tedy přijata na lučebnici sílonu v Plané nad Lužnicí. Maminka pracovala v obchodě, kdekoho tedy znala. Jednou potkala nějakého pana profesora a bavili se, kam jdu na školu. Pan profesor se zhroutil: „Panebože, vždyť my sháníme holky na porodní báby, nemáme naplněnou kvótu.“ Tak jsem byla pozvána k dodatečným přijímacím pohovorům. Jelikož jsem chtěla studovat matematiku, tak jsem ji uměla poměrně dobře a přijímačky jsem udělala. Na škole jsem byla úspěšná, maturovala jsem se samými jedničkami. Na medicínu jsem se hlásit nechtěla. Porodnictví mě strašně bavilo, byla



*MUDr. Ludmila Boučková / Foto: redakce*

jsem poměrně „šprtina“, do nemocnice jsem chodila pořád. Měla jsem v historii sestřiček-studentek nejvíce porodů. Jenže jedenáct spolužaček

si dávalo žádost na medicínu, přitom já jsem měla nejlepší známky. To mě nakoplo, a tak jsem se také přihlásila. A mne jedinou vzali.

■ **Po medicíně jste nastoupila do českobudějovické nemocnice. Tehdy ještě nebylo běžné, že si lékař mohl vybrat, na jaké oddělení nastoupí. Ženy v chirurgii byly spíše výjimkou. Jak jste se dostala na urologii?**

Jako vystudovaná porodní asistentka jsem i po medicíně chtěla pracovat na gynekologii. Jenže na zdejších oddělení drželi místo MUDr. Jaroslavě Trsové, která promovala rok po mně. Takže žádat o místo na gynekologii jsem si netroufla. Tehdy jsme jako mladí lékaři po nástupu do nemocnice měli půl roku „kolečko“ na interně a poté půl roku po chirurgických oborech. Tehdejší primář Interního oddělení docent MUDr. Bohuslav Fleischhans, CSc., mi po kolečku nabídl místo. Ale musela jsem ještě na chirurgické kolečko. Nikdo nechtěl na urologii, tak tam šoupli mě, protože moje příjmení začínalo na B. A tehdejší pan primář MUDr. Václav Kunc mi také nabídl místo. Posléze jsem zjistila, že to bylo velice neobvyklé. Když nás ředitel Miloslav Bárta rozděloval a každého se ptal, co bude dělat, a já řekla, že půjdu na urologii, rozesmál se. Nevěřil mi a panu primáři volal, zda je to pravda. Poté se mi přišel omluvit. Tenkrát prostě ženy na chirurgických oborech nebyly. Já bych se nikdy necpala na chirurgický obor, pokud by mi nebyl nabídnut. Ale byla jsem šikovnější na ruce než na hlavu, tak jsem si vybrala chirurgický obor.

■ **V urologii jste se tedy našla.**

Ano, měla jsem štěstí, že jsem hodně operovala a dělala jsem to ráda. Chirurg musí mít šikovné ruce a vztah k práci. Tehdejší primář Kunc byl vynikající operátor, měl neskutečně šikovné ruce a uměl se rychle rozhodovat. Považovala jsem za štěstí, že mi práci v chirurgii vůbec nabídl. Tenkrát byly na chirurgických odděleních pouze MUDr. Jana Eiseltová na ortopedii a na gynekologii MUDr. Hana Mířková, které ale takřka neoperovaly. Vždycky mi říkaly: „Proboha, ty máš tolik operací.“ Bylo pro mne významným, že jsem mohla u složitých operací pana

primáře asistovat právě já. V době, kdy jsem měla atestovat, se nejprve dělala atestace z chirurgie a pak až nástavbová z urologie. Ale systém se měl měnit, tak jsem čekala, až bude atestace z urologie dvoustupňová. První v republice (i v rámci mužů) jsem tak dělala atestaci dvoustupňovou – první i druhou urologii.

■ **Měla jste v rámci oboru něco, k čemu jste tíhla víc?**

Byla mi nabízena dětská urologie. Kdykoli leželo u nás dítě, bylo to vždycky na mně. Ale práce s dětskými pacienty pro mne byla psychicky náročná. Ráda jsem operovala menší věci, tíhla jsem spíše k „pipláčkám“, i když jsem dělala i velké operace. A měla jsem ráda hezké operace, které moc nekrvácely.

Později jsem začala jako první na oddělení dělat transuretrální endovezikální operace, kdy se bez operačního řezu na kůži provádí výkon endoskopicky přes močovou trubici. Tyto operace jsem zde prováděla ve velkém počtu. To byla éra, kdy se ode mě nechala operovat řada zaměstnanců nemocnice, což mne velmi těšilo a zároveň to bylo příjemným oceněním mé práce.

Deset let jsem pracovala bez příplatku jako zástupkyně primářů MUDr. Radoslava Beránka a poté MUDr. Břetislava Shona. Jako zástupce jsem měla spoustu starostí, takže jsem po deseti letech už vyloženě prosila, aby mi byla funkce odejmuta.

■ **Jak vzpomínáte na těch 55 let v nemocnici? Udála se spousta věcí, prošla tudy spousta lidí, měnili se primáři...**

Vždy jsem se tu cítila dobře, proto jsem tu taky tak dlouho. Necítím se ještě na vedlejší koleji.

■ **Jak vnímáte pokrok v medicíně?**

Je to úžasné, ani se to nedá slovy vyjádřit. Medicína nabrala úplně jiné obrátky, je nyní někde jinde. Urologie prošla obrovským pokrokem, přišly

nové přístroje – například na rozbíjení ledvinových kamenů apod. V době mých profesních začátků jsme neměli k dispozici ani ultrazvuk a to nebylo úplně jednoduché.

Velký posun je i v nárůstu počtu lékařek na našem oddělení. Když jsem dělala zástupkyni primáře, byla jsem na oddělení jediná žena, což nebylo úplně snadné, s kolegy jsem ale vycházela dobře.

■ **V současné době pracujete v nemocnici na zkrácený úvazek. Na jakém pracovišti působíte? Operujete ještě?**

Na operační sál již nechodím, přestala jsem operovat. Ze začátku jsem to dost těžce snášela, teď už jsem se s tím vyrovnala a smířila. S emeritním primářem Chirurgického oddělení MUDr. Vojtěchem Loudou jsme se vždycky zamýšleli, jak dlouho ještě asi budeme moci pracovat.

Dva dny v týdnu pracuji ve všeobecné urologické ambulanci. Po úmrtí urologa MUDr. Pavla Puškáče máme v naší ambulanci velký přísun jak jeho bývalých, tak i nových pacientů. Ti byli zvyklí na jiný přístup. Často jim tedy vysvětlujeme, proč naše pracoviště není zaměřeno tolik na prevenci a že jsme pracoviště zaměřené převážně na léčbu. Urologie v Jihočeském kraji se v současné době nalézá v nedobré situaci. Lékařů specialistů-urologů v nemocniční i přednemocniční péči je bohužel málo a zároveň narostlo množství pacientů. Někteří pacienti jdou za dobrou pověstí naší nemocnice a chtějí být v naší péči. Nápor je mnohdy opravdu velký.

■ **Co myslíte, že čeká urologii nebo medicínu obecně do budoucna? Co bude medicíně chybět?**

Chybět bude určitě lidskost a empatie. Dnes například mladá lékařka přijde k pacientovi a jako první větu říká: „Tak jsme vám našli rakovinu...“ Mně to vadí a mladým lékařům to vytýkám. Jejich přístup k pacientům je příliš formální. Já jsem žila

v době, kdy slovo rakovina bylo pro všechny velký strašák.

Ale naopak já sama jsem teď měla úraz, chodila jsem do nemocnice jako pacient. A to se ke mně chovali všichni velice hezky, i kolegové, které neznám.

#### ■ **Vím, že vás pacienti milují, protože s nimi krásně mluvíte.**

Asi jsem známá tím, že si s pacienty povídám, znám tak i celé jejich rodiny. To je ten větší kontakt s lidmi.

#### ■ **Když srovnáte dobu před třiceti lety a dnes – jsou lidé více nemocní, chodí k lékaři včas?**

Kdysi jsem prováděla operace nádorů ledvin klasickou chirurgickou technikou. Řešila jsem tak obtížné stavy a měla jsem to zažité i jako horor. Nyní díky pokroku v laparoskopické a robotické technice operování je ošetření sice technicky náročnější, ale pacienti z toho profitují. Dříve pacienti velmi trpěli kvůli množství velkých jizev, které bolely a dlouho se hojily. Dnes tomu tak již není, mají pouze drobné jizvy po vstupech laparoskopických nástrojů.

#### ■ **Doporučíte, co bychom měli dělat pro své urologické zdraví?**

Obecně se doporučuje dostatečně pít a nepřejídat se. Spousta lidí je fixována na živočišnou stravu, která má souvislost s rozvojem dny, močovými kameny apod. To jsou obtíže, které lze stravou ovlivnit. Doporučuji žít zdravě a věnovat se třeba orientačnímu běhu jako já.

#### ■ **Orientační běh není úplně běžný koníček. Jak jste se k němu dostala?**

K orientačnímu běhu mne přivedl před padesáti lety můj manžel, který byl v orientačním běhu velmi dobrý. Celá rodina jsme s ním jezdili na závody. Abych tam jen nečekala, rozhodla jsem se jednou, že to také zkusím.

Vzpomínám si, že když jsem začínala, chodila s hůlkou jistá paní Milada, které bylo tak osmdesát let. Vždy když jsem přišla ke kontrole, paní Milada už tam byla a razila dál.

Já jí říkala: „Bože, jak to, že tu jsi?“ A ona říkala: „Protože nechodíš dobře. Jdi pomalu a pěkně podle mapy jako já. „Teď takhle chodím já a často na ni vzpomínám. U mne už je to totiž nyní taková modifikace orientačního běhu – orientační chůze. Po úrazu chodím do lesa už pouze s hůlkou. I když už jsem ve vysoké věkové kategorii, stále jezdím na závody, a to nejen u nás, ale například i do Lince v Rakousku.

#### ■ **Jak vlastně závod v orientačním běhu probíhá a kolik člověk naběhá?**

Před závody se vždy zveřejní délka trasy a převýšení. Na startu dostanete mapu s pořadím kontrol a jdete lesem. Délka tras je různá, pro mladé jsou okolo deseti kilometrů. Kolik nachodíte, záleží na tom, jakou strategii zvolíte. Někdo chodí přímo přes potoky. Já určitě koukám, kde je můstek. Teď jsme byli na tří denních závodech v Poličce, kterých se po delší době zúčastnil jen manžel. Na trase bylo velké převýšení a já se od úrazu bojím pádu a nechci nikde lézt po čtyřech.

#### ■ **Jste tedy nadstandardní žena, máte orientační smysl. Ženy přece neumí číst v mapách.**

To byste se divila, kolik žen dělá orientační běh.

#### ■ **Jak jinak trávíte svůj volný čas?**

Můj muž před asi čtyřiceti lety vybudoval soukromý lyžařský vlek, kolem kterého vznikl spolek. Pokud je sníh, jezdíme tam. Donedávna jsem měla zahradu. A mám ráda ruční práce a určitě knihy.

#### ■ **Jaké máte plány do budoucna?**

Pomaloučku chystám v ambulanci končit. Čekám, až manžel půjde do důchodu. Je stále pracovně činný a také přesluhuje. Ráda bych mu poděkovala, jak se vždy postaral o rodinu, když já byla na stáži či dlouho v práci. Je úžasný. To, co zvládl on, by dokázal málokdo jiný.

#### ■ **Bc. Iva Nováková, MBA** *ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance*

## PODĚKOVÁNÍ

Jménem vedení nemocnice velice děkuji paní MUDr. Ludmile Boučkové za její pracovní nasazení a věrnost českobudějovické nemocnici. Jako její dlouholetý kolega jí chci jménem svým i jménem ostatních lékařů a lékařek z Urologického oddělení poděkovat za její ochotu a laskavost, se kterou nám po dlouhá léta předávala své cenné odborné a životní zkušenosti. Přejí jí hodně zdraví, optimismu a pohody do let budoucích.

#### ■ **MUDr. Jaroslav Novák, MBA**

*ředitel úseku vybraných zdravotnických oborů,  
člen představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s.*

# Předání čestného členství České urologické společnosti MUDr. Břetislavu Shonovi

MUDr. Břetislav Shon, emeritní předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s., a emeritní primář Urologického oddělení, obdržel v roce 2019 čestné členství České urologické společnosti. V letech 1993 až 1999 byl členem výboru České urologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČUS ČLS JEP). V této době se vedla jednání týkající se revize prvního porevolučního sazebníku výkonů a je zejména jeho zásluhou, že došlo ke změně ohodnocení urologických výkonů. MUDr. Břetislav Shon se rovněž významně podílel na rozvoji urologie v Českých Budějovicích.

Slavnostního předání se v roce 2019 bohužel nemohl zúčastnit a zejména z důvodu covidu-19 toto nebylo možné ani v následujících letech. K předání tak došlo až v září tohoto roku.

Za ČUS ČLS JEP ocenění předal MUDr. Aleš Petřík, Ph.D., pokladník výboru České urologické společnosti.



*V popředí MUDr. Břetislav Shon, zleva: MUDr. Aleš Petřík, Ph.D., MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., Bc. Iva Nováková, MBA, prim. MUDr. Miloš Fiala a MUDr. Jaroslav Novák, MBA / Foto: redakce*



**Za celou Českou urologickou společnost děkujeme MUDr. Břetislavu Shonovi za jeho velký přínos.**

- **MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.**  
pokladník výboru ČUS  
ředitel úseku chirurgických oborů





# Špičkový inkubátor vlastní Nemocnice České Budějovice jako první v Evropě

Nemocnici České Budějovice, a.s. se podařilo jako první v České republice získat pro potřeby Neonatologického oddělení zcela výjimečný transportní inkubátor NxtGen AirBorne pro přepravu novorozenců. Zároveň jde o první přístroj tohoto typu vyrobený v Evropě.

Inkubátor NxtGen AirBorne je velmi sofistikovaný zdravotnický přístroj, který splňuje kritéria homologace pro transport sanitkou, vrtulníkem, ale i letadlem. Součástí inkubátoru je i technika, která umožňuje umělou plicní ventilaci (včetně nekonvenční ventilace

HFOV) a dále inhalaci oxidu dusnatého u kritických onemocnění spojených se syndromem přetrvávající plicní hypertenze. V přístroji je zároveň možno transportovat až čtyři lahve na plyn (oxid dusnatý, kyslík, vzduch).

Vzhledem k výjimečnosti přístroje se nyní budeme snažit umožnit použití i pro transport novorozenců pomocí letadel. Pokud bude zájem, chtěli bychom využít náš vysoce specializovaný tým pro transport novorozenců i mimo Českou republiku. Občas se stane, že se

narodí nedonošené dítě mamince na dovolené, pak je třeba dítě bezpečně převést domů. Primárním využitím je však samozřejmě zajištění maximálně bezpečného převozu novorozenců, jejichž životní funkce jsou ohroženy, z odlehlejších částí jižních Čech a Pelhřimovska na Neonatologické oddělení v Českých Budějovicích nebo na specializované pracoviště, především na oddělení dětské kardiologie v Praze.

■ **prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA**  
*Neonatologické oddělení*



Transportní inkubátor NxtGen AirBorne obsluhována dětskou sestrou Nikolou Benešovou / Foto: redakce

# Umíme komunikovat, nebo jen mluvit? Aneb o umění deeskalace

**Komunikace je v současnosti jedno z nejčastěji skloňovaných slov napříč všemi obory, tedy nejen v oblasti zdravotnictví, ale v celé společnosti. Když se začne mluvit o komunikaci, většina lidí má pocit, že už k tomuto tématu nelze říct nic nového. Přesto většina konfliktů, nedorozumění, neshod, svárů a hádek plyne právě z nejasné, nepřiměřené, nevhodné, arogantní, nebo dokonce agresivní komunikace. Snad opravdu již nelze o komunikaci říct nic nového, ale jistě není na škodu si zásady správné komunikace alespoň čas od času připomenout a zopakovat.**

## Nekomunikujeme jen slovy

V dnešní době je už obecně známo, že komunikace nepředstavuje pouze sdílení informací, ale že způsobem svého vyjadřování dáváme okolí na vědomí i své postoje, emoce a nálady. Na základě tónu řeči, rychlosti mluvy, pohledu do očí, výrazu v obličejí, gest, způsobu, jakým sedíme, přiblížením nebo oddálením, dotyky apod. vyjadřujeme svůj vztah vůči druhé osobě. Roli samozřejmě hraje i prostředí, ve kterém se rozhovor odehrává, a podněty – v našem případě s ohledem na zdravotnické prostředí často rušivé –, které na personál a pacienta působí. Dalším neméně podstatným prvkem komunikace je i vzezření a úprava zúčastněných osob. Až dosud hovoříme o tzv. neverbální komunikaci, tedy komunikaci beze slov, která ve většině případů probíhá nevědomě. A proto musíme mít tyto znalosti

zvláště při komunikaci s nemocným na paměti a uvědomovat si, že **komunikujeme, i když právě mlčíme.**

Mnohdy během komunikace nastane nesoulad nebo rozpor mezi verbální (slovní sdělení) a neverbální složkou. Již z toho lze o sdělované skutečnosti hodně vyvodit. Mnohé však lze vyčíst i z chování a jednání aktérů vedoucích rozhovor předtím a potom, co domluví. Je velmi důležité, aby obsah toho, co říkáme, byl v souladu s tím, co děláme, protože pouze **celek určuje věrohodnost našeho sdělení.** V některých situacích je dokonce důležitější to, jak v dané chvíli jednáme, než to, co sdělujeme.

## Komunikace ve zdravotnickém prostředí

Ve zdravotnickém prostředí je komunikace hlavním terapeutickým nástrojem, kterým zdravotnický personál disponuje a může ho okamžitě použít. Komunikace tvoří až 80 % celé zdravotnické péče a má vliv na vývoj léčby a uzdravení pacienta. Čím efektivněji s pacientem komunikujeme, tím lépe pacient rozumí všem informacím, více spolupracuje a lépe se zapojuje do léčebného režimu.

Pacienti od nás zdravotníků očekávají, že jim budeme věnovat maximální pozornost, empaticky naslouchat, budeme se ptát na jejich pocity, zajímat se o jejich problémy. Očekávají, že je budeme chápat, respektovat jejich soukromí a osobnost a podávat jim dostatek srozumitelných informací, které jim vysvětlíme a kterým správně porozumí. Někdy však do nemocnice pacienti přicházejí s nadějí na takovou péči, ať už lékařskou, či ošetrovatelskou, jež není z různých důvodů



Mgr. Hana Dohnalová / Foto: redakce

uskutečnitelná. Jejich očekávání se tak rychle rozcházejí s tím, co jim můžeme reálně nabídnout. Pokud v tento moment není využita asertivní a vstřícná komunikace, vznikají situace konfliktní, které mohou vyústit až do agrese.

Násilí je v dnešní době bohužel již téměř běžnou součástí života a tendence reagovat agresivně jsou ze společenského hlediska často tolerovány. Podle existujících studií se 25 % násilného chování odehrává právě ve zdravotnictví a násilné chování vykazuje čím dál větší míru brutality. Jako zdravotníci víme, že faktorů, které přispívají k násilnému nebo agresivnímu chování, je ve zdravotnických službách celá řada. Stěžejní jsou však tři faktory. V první řadě je to **stres jak na straně pacientů, tak na straně zdravotníků.**

Za druhé jde o mnohdy dlouhé čekání na ošetření spojené s diskomfortem (nepohodou) v oblasti základních potřeb, např. dlouhým lačněním před vyšetřením, žízní, bolestí, únavou apod. Jedním z nejpodstatnějších faktorů přispívajícím k často zbytečné eskalaci (vystupňování) násilí je **nedostatečná prevence konfliktů**. Přitom stačí tak málo – efektivně komunikovat.

### Efektivní komunikace s pacientem

Základem efektivní, nekonfliktní, účinné a adekvátní komunikace je **individuální přístup** ke každému pacientovi vyjadřující úctu a respekt. Z toho je patrné, jak podstatným pilířem v prevenci agresivního jednání je obyčejná **slušnost a zdvořilost**. Ta by však měla být základem každého běžného mezilidského kontaktu, a nikoli pouze jedním z pravidel komunikace s nemocným.

Každý **rozhovor** s pacientem bychom měli vést vždy pomalu, obezřetně, empaticky, nedirektivně, uvědoměle a cíleně, abychom u něho nevyvolali pocity nedůvěry, nejistoty nebo ohrožení. Během celého rozhovoru bychom měli být za každých okolností profesionální, neměli bychom dávat najevo osobní emoce a měli bychom tlumit vlastní nepříjemné pocity, abychom negativně neovlivňovali vytvářející se vztah s pacientem.

Pro prevenci agrese je podstatné, abychom podávali přesné **informace**, které jsou v daném okamžiku nejdůležitější. Neměli bychom používat odborné výrazy, kterým pacient nerozumí, a rozhodně bychom se měli vyhnout fabulaci (vymyšlení). Pokud neznáme odpověď na pacientovu otázku, vždy neznalost přiznáme, přislíbíme dodatečné doplnění informace a slib dodržíme.

Součástí každého rozhovoru je **naslouchání**. Je jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností, díky které lze porozumět pocitům pacienta, pochopit ho

a dosáhnout tak toho, že se uvolní. Pacienta nikdy nesoudíme, ať už se prezentuje jakkoli, např. nápadným až výstředním vzezřením, které ihned upoutá naši pozornost. Za všech okolností respektujeme jeho osobnost a všechny jeho odlišnosti.

### Co dělat, když pacient reaguje agresivně

Přes veškerou naši snahu se někdy nemusí dařit situaci zvládnout. Je proto vhodné všimnout si **varovných signálů** předcházejících agresivnímu chování, jako je podrážděnost, ošívání se, klopení očí, mračení se, hlasité povzdechování, zvyšování hlasu, nadávky, popocházení či zatinání pěstí. V takovém případě je nutné dodržovat pravidla, která mohou projevy agrese omezit. Za prvé je nutné **zachovat klid** a akceptovat pacientův hněv. Dále je nutné identifikovat **příčinu agrese**, která není vždy jasná, a poté se jí snažit odstranit. Je nevhodné mluvit autoritářsky, přikazovat, hodnotit situaci, kritizovat a chovat se konfrontačně (konfliktně reagovat). Neskáčeme do řeči, nezvyšujeme hlas ani nezrychlujeme řeč. V žádném případě nereagujeme agresivitou, impulzivním chováním nebo vyhrožováním. Musíme však předpokládat, že i přesto bude pacient stále reagovat podrážděně. Proto bychom se měli vyjadřovat spíše neutrálně a nikdy nedávat nereálné sliby. Již bylo zmíněno, že nedílnou a podstatnou součástí efektivní komunikace je naslouchání. Během naslouchání používáme **techniku parafrázování a zrcadlení**, při které průběžně shrnujeme, co nám pacient sdělil, čímž mu dáváme zpětnou vazbu, že ho posloucháme a chápeme důvody jeho rozrušení. Kvalitní **zpětná vazba** je vlastně kontrolním nástrojem, kterým můžeme průběžně ověřovat, zda pacient sdělovaným informacím rozumí, a můžeme tak předcházet případným neshodám. Osvojit si tuto techniku v roli zdravotníka je velmi vhodné a výhodné. Můžeme ji používat v každé situaci v rámci každodenní komunikace a nemusíme „čekat“ až na vyhocení emocí.

### Deeskalační techniky

Cílem každé komunikace s pacientem je získat a předat potřebné informace, aby mohla být poskytnuta co nejlepší odborná péče. Navzdory naší snaze uplatňované v rámci antikonfliktního přístupu se však nemusí situace uklidňovat a pacient může začít vyhrožovat. V tom případě musíme **každou jeho výhrůžku brát velmi vážně**. Jestliže se vývoj komunikace posouvá nepříznivým směrem a negativní emoce eskalují, je nutné přistoupit k tzv. **deeskalačním technikám**. **Deeskalice je takové chování a způsob komunikace**, které snižují napětí jak u pacienta, tak u ošetřujícího personálu a pomáhají v prevenci konfliktu.

**Deeskalice se skládá ze tří částí: vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání.**

Deeskalační přístup zahájíme zaujmutím **deeskalačního postoje**, který může neklidného pacienta zklidnit. Ruce držíme v úrovni mezi boky a bradou v pozici „modlení“ či „přemýšlení“. Nakloníme se na jednu stranu a nasadíme výraz zaujetí. Nic jiného dělat nemusíme, nemusíme nijak jinak komunikovat. Náš postoj musí být současně pevný a sebejistý. Nikoli však provokativní, netrpělivý, arogantní či výhružný, nýbrž laskavý a empatický. Pak skutečně stačí jen stát, mlčet a počkat, až se pacient zklidní. Pokud tato počáteční taktika k uklidnění situace nespěje, přistoupíme k aktivnímu **vyhodnocení situace**. Musíme si tedy uvědomit, **co se děje, z jakého důvodu** se to děje, a musíme předvídat, co asi **bude následovat**. Podle toho se pak rozhodneme pro odpovídající záměr. Důležité je, abychom co nejrychleji získali co největší množství anamnestických údajů a zachovali klid. Je nutné si uvědomit, že případné použití fyzické síly, které je sice vždy až poslední možností řešení situace, ale které je přesto nezbytné v určitých situacích

využít, u jedince vyvolává obranný postoj, tedy pocit, že se musí bránit. Přírozenou reakcí člověka, na kterého se útočí, je boj nebo útek a to se pochopitelně vztahuje i na zdravotnický personál. Je proto velmi důležité, abychom v pozici zdravotníků v sobě pocity ohrožení, zlosti, hněvu apod. potlačili a snažili se nalézt vhodný, klidný, adekvátní způsob komunikace.

Tím se dostáváme k **vlastní komunikaci**. Opakované informování pacienta o tom, co se s ním právě děje a co se bude dít dál, pomáhá vytvoření důvěry, což ve většině případů riziko vzniku agrese snižuje. Proto je **deeskalace klíčem ke zvládnutí agresivního chování**, naklonění pacienta ke spolupráci a k omezení rizika vzniku zranění jak na straně personálu, tak na straně pacienta.

Důležitou složkou neverbální komunikace je **proxemika**. Ta vyjadřuje vztah mezi lidmi beze slov, prostřednictvím vzdálenosti, kterou mezi sebou jedinci zaujímají. V emočně vypjaté situaci si udržujeme minimální odstup 1,2 metru, tedy vzdálenost alespoň na délku dvou paží. Pacient se tak cítí bezpečněji a my se díky tomu také můžeme vyhnout fyzickému napadení. Pokud nelze takovou pozici zaujmout, přistupujeme k pacientovi z boku, nikdy ne zezadu. Ani my se k pacientovi nikdy neotáčíme zády.

**Pacienta se bez jeho svolení nedotýkáme**. Podat pacientovi ruku, pobídnout ho letmým dotekem např. k přesunu do jiné místnosti, poskytnout mu oporu v chůzi apod. můžeme pouze po předchozím dotázání. Pro případ fyzické agrese musíme mít volnou, předem určenou **únikovou cestu**. **V případě napadení platí pravidlo: Uteč! Schovej se! Zakroč!** V takovém případě je bezpečnost zdravotníka prioritou.

Další důležitou součástí komunikace je **kinetika**. Ta se zabývá koordinací pohybů těla a jeho součástí – pohyby horními končetinami (**gestika**), pohyby hlavy, pohyby v obličeji (**mimika**),

postojem a držením těla (**posturologie**). Bylo již řečeno, že během komunikace s pacientem sledujeme jeho neverbální projevy, jež by mohly signalizovat agresivní jednání. Jestliže tyto projevy zaznamenáme, je nutné se soustředit na neverbální vyjadřování, které vysíláme my sami. Udržíme přiměřený **oční kontakt**, který by neměl trvat dlouho, ale zároveň si dáme pozor, aby naše oči netěkaly jinam příliš často. **Přikyvujeme hlavou** na znamení pochopení a **ruce máme otevřené** směrem dopředu. Horní končetiny držíme nezatnuté v úrovni mezi pasem a bradou. Tyto pozice rukou jsou nekonfliktní a současně jsme tak připraveni i na případný útok pacienta. **Náš postoj** by neměl být útočný nebo obranný, tzn. nemáme ani ruce v bok, ani zkřížené na prsou. Nekrčíme ramena, nevrčíme hlavou a ruce nemáme za zády nebo v kapsách. Během hovoru užíváme **jednoduchá slova a krátké a srozumitelné věty**. **Platí pravidlo: jedna věta = jedna informace**. Poté necháme pacientovi dostatek času na pochopení sděleného obsahu. Důležité informace je vhodné několikrát opakovat.

Při deeskalaci **mluví na pacienta vždy jen jeden člověk**. Pacientovi se představíme a oslovujeme ho zdvořile příjmením. Dáváme si pozor na tón hlasu, náš hlas musí být klidný, uvolněný, ale pevný a přesvědčivý. Jak už bylo řečeno, součástí každého rozhovoru je **naslouchání**. Toto pravidlo uplatňujeme zvláště při využívání deeskaláčních technik, kdy pacientovi poskytujeme plnou pozornost, ujišťujeme se, že dané situaci rozumíme, **nesoudíme, akceptujeme** pacientův verbální i neverbální projev a nenecháme se znervóznit, když vznikne chvíle ticha. Mluvíme klidně, přehlízíme osobní slovní útoky, nejsme konfrontační. Nikdy neuplatňujeme taktiku „oko za oko, zub za zub“. Je však vhodné pacientovi své pocity sdělit. Například: „Pane Nováku, chápu vaše rozčilení, ale váš křik v nás všech vyvolává obavy. Bojíme se, když kopete do dveří a boucháte pěstí do zdi.“ Tato

technika souhlasu s výroky pacienta a sdělení vlastních pocitů se podílí na snižování intenzity agrese a může pacienta překvapit a zaskočit. Tím můžeme změnit konfrontaci na diskuzi.

Poslední fází deeskaláčního přístupu je **vyjednávání**. Vystupujeme ochotně, vyhýbáme se výhrůžkám a ultimátům. Snažíme se pacientovi kromě pomoci nabídnout i určitou míru kontroly nad situací, čímž získá možnost volby. Nabídneme **více možností řešení situace, ze kterých si může sám vybrat**. Tím snížíme jeho pocit beznaděje. V této fázi je velmi užitečné pro zklidnění situace nabídnout i něco k pití nebo k jídlu. S pacientem se snažíme dosáhnout určité míry shody. V první řadě bychom se měli **dohodnout na slušném přístupu a vzájemném respektu**. Dalším krokem je shoda na buď zcela novém způsobu řešení situace, nebo na kompromisu. V každém případě však souhlasíme s tím, že pacientem původně uvedené informace jsou pravděpodobné či možné, a tudíž nešlo o nepravdy. Atmosféra pro další vyjednávání tak nebude zatížena počáteční neshodou. V čím více bodech budeme s pacientem souhlasit, tím lépe.

### Univerzální návod pro všechny situace neexistuje

Při každé práci s lidmi, zvláště pak nemocnými lidmi, musíme mít na paměti, že ideální návod, jak komunikovat, abychom se vyhnuli nedorozuměním a konfliktům, neexistuje. Nelze poskytnout konkrétní rady pro všechny situace. Každá situace, zvláště je-li spojená s vystupňovanými emocemi a rizikem násilného chování, je velmi individuální. Můžeme proto hovořit o prevenci násilí a agrese pouze v obecné rovině a ke každé vyhrocené situaci musíme přistupovat individuálně. Nikdy však rozhodně nesmíme zapomínat na **vlastní seberefexi**. Předpoklady toho, jak pravděpodobně bude jednat člověk v tísnivé situaci, jsou do značné míry dány našimi představami, zkušenostmi, pocity a naším vlastním

negativním očekáváním, v důsledku čehož my sami nekomunikujeme efektivně a neklademe dostatečný důraz na deeskalaci napětí. Z tohoto důvodu není vývoj konfliktní situace nesprávným směrem odpovědností pouze agresivního pacienta, ale i naší.

Na závěr se jistě shodneme na tom, že každá snaha uplatňovaná v rámci prevence agresivního chování je dobrá a žádoucí. Ovšem aby se komunikace stala skutečně efektivní, musí se trénovat tak, jako se trénují a učí všechny odborné výkony a předměty. Je tudíž nezbytné se v komunikaci zdokonalovat. Budeme-li se soustavně

v oblasti komunikace vzdělávat, brzy se dostaví výsledky nejen v podobě úspěšně vyřešených situací v praxi, jež mohly být nebo byly zdrojem konfliktů, ale pozitivní změna se zcela jistě promítne i v osobním životě do roviny vztahové, kdy dokážeme potenciální spory včas zastavit a situaci vyřešit, aniž by došlo k eskalaci emocí. A to není zanedbatelný benefit, co myslíte?

- **Mgr. Hana Dohnalová**  
*Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, hlavní sestra*

## SEZNAM LITERATURY

- **KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Tajemství úspěšného jednání.** Praha: Grada, 1995. ISBN 80-85623-84-6
- **PEKARA, Jaroslav. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka.** Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4
- **PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva a kol. Ošetrovatelství v psychiatrii.** Pardubice: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6
- **ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi.** Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-271-0156-6



Každá dárkyně mateřského mléka je i záchránkyně.

#NASEZLUTEZLATO

## Banka mateřského mléka Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

### Pomůžete nám?

- příspěvek 300 Kč / litr mléka
- svoz mléka zajistíme

#### KONTAKT:

bankamm@nemcb.cz  
387 87 5738  
www.nemcb.cz

# Cukrovka – 2. díl

## Komplikace diabetu mellitu

Komplikace diabetu mellitu neboli cukrovky plynou z primární povahy onemocnění jako takového, tj. poruchy metabolismu krevního cukru – glukózy. Organismus jedince s tímto onemocněním není schopen přesunout glukózu z krve do buněk. To vede ke zvýšené hladině krevního cukru = hyperglykémii. Tento stav následně rozjíždí kaskádu komplikací, které můžeme jednoduše rozdělit na komplikace akutní – tedy ty, které vznikají v rámci hodin či dnů, a komplikace chronické vznikající v řádu let či desetiletí.

### Akutní komplikace

Tyto stavy jsou způsobeny rychlými výkyvy v hladině krevního cukru od normálu – u diabetiků je to rozmezí mezi 3,9–10,0 mmol/l. Změna může nastat v zásadě dvěma způsoby – náhlé zvýšení glykémie = hyperglykémie, náhlý pokles = hypoglykémie.

### Hyperglykémie

Zvýšená hladina krevního cukru může být lehká, mezi 10,1–13,9 mmol/l, a těžká, > 14 mmol/l. Vysoké stavy vidáme nejčastěji buď u dosud neléčených pacientů, nebo u pacientů s již známou cukrovkou, která je špatně léčená, případně pokud pacient trpí nějakým jiným akutním stavem, např. infekcí. Při tomto stavu se dostává velké množství cukru do moči – od toho je také odvozen název onemocnění, úplavice sladká/cukrová. To má za následek velkou ztrátu vody právě močí, což vede k rozvoji klasických příznaků – žízeň, nadměrné močení, bolesti hlavy, břicha, apatie, rozmazané vidění, acetonový zápach z úst apod.

V organismu dojde k dehydrataci a změně vnitřního prostředí, což může mít za následek i poruchu vědomí ve smyslu kómatu s nutností hospitalizace na JIP, to vidíme většinou u stavů při hodnotách nad 30 mmol/l. Pokud však člověk chodí s hladinou glukózy i několik dní a týdnů (např. kolem 15–20 mmol/l), přichází k lékaři s výše popsanými příznaky, ale navíc si stěžuje na hubnutí apod.

### Hyperglykémie a následný stav není stejný u pacientů s cukrovkou 1. a 2. typu.

- U cukrovky 1. typu vede nedostatek inzulínu k vnitřnímu hladovění, tvorbě kyselých sloučenin, ketolátek, a proto se dá poznat např. pro acetonový zápach z úst. To vede k oxyselení organismu a rozvoji akutně život ohrožujícího stavu, kterému říkáme diabetická ketoacidóza.
- U cukrovky 2. typu je mechanismus vzniku hyperglykémie odlišný, zde inzulín přítomen je, z nějakého důvodu však neplní svou funkci dostatečně, dochází spíše k dehydrataci (odvodnění) a stavu, kterému říkáme hyperosmolární syndrom.

### Hypoglykémie

Snížená hladina krevního cukru, u zdravých osob netrpících cukrovkou je hraniční hodnota < 3,3 mmol/l, u diabetiků hovoříme o lehké hypoglykémii mezi 3,9–3,0 mmol/l a těžké hypoglykémii u hodnot < 3 mmol/l. Glukóza je základním palivem organismu, hlavně mozku. Při jejím nedostatku dochází k rozvoji podrážděnosti, neklidu, hladu, třesu, bolesti hlavy apod. U každého jedince jsou tyto příznaky vyjádřeny jinak

a vyšší četností hypoglykemií se tolerance zvyšuje, což má za následek vyšší riziko rozvoje stavu, kterému říkáme hypoglykemické kóma. Člověk nemusí rozpoznat příznaky včas a dojde k náhlé poruše vědomí. Pokud se jedná o těžkou hypoglykémii, jde o život ohrožující stav s nutností lékařského ošetření. Opakují-li se hypoglykémie často, dochází k nevratnému poškození funkce mozku, neboť při těžkém nedostatku cukru mozkové buňky odumírají.

Příčinou hypoglykémie u pacientů s cukrovkou jsou hlavně léky. V první řadě **inzulín**, který jako jediný hormon v těle snižuje hladinu cukru v krvi. Hlavní příčiny jsou nesprávná aplikace – příliš velká dávka na jídlo, zapomenutí se najíst po aplikaci inzulínu, nadměrná fyzická aktivita apod. Také některé tabletové léky, které stimulují vyplavení inzulínu ze slinivky, mohou při nesprávném užívání vést k rozvoji hypoglykémie.

### Chronické komplikace

Tato skupina komplikací vzniká v řádu let až desetiletí trvání cukrovky při její nedostatečné léčbě. Jsou jedním z hlavních strašáků u pacientů trpících cukrovkou. Bohužel vzhledem k mechanismu rozvoje těchto komplikací a jejich nenápadným až nezjistitelným příznakům si je většina pacientů s cukrovkou těžko představuje a nebojí se jich dostatečně, ne tolik jako lékaři. Komplikace plynou z dlouhodobého toxického působení zvýšené hladiny glukózy v krvi – jedná se o zvýšený oxidační stres a glykaci (dojde ke změně struktury bílkovin – představme si to jako

ohnutý klíč do zámku, kterým již dveře neotevřeme). Toto vede k poškozování tkání na mikroskopické úrovni a následnému zhoršení jejich funkcí, nejnáchylnější jsou vlasečnice – nejmenší cévy. Tyto vlasečnice jsou nejnáchylnější v ledvinách, oční sítnici, vlasečnice zásobující nervy – obecně to nazýváme mikroangiopatie. Bohužel ani velké cévy, resp. tepny nejsou ušetřeny, a tak se vyskytují i komplikace na úrovni tepen srdce, mozku a dolních končetin – tomu říkáme makroangiopatie. Obecně mají pacienti s cukrovkou vysoké riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění, a to cca 2–4× vyšší než běžná populace.

### Komplikace mikrovaskulární

- a) diabetická nefropatie** – diabetes mellitus a jeho komplikace jsou nejčastější příčinou chronického onemocnění ledvin v České republice. Během let trvání cukrovky dochází k postupnému snižování filtrační schopnosti ledvin, do moči se začne vylučovat bílkovina, která tam normálně není, v těle se začnou hromadit toxické látky metabolismu. Stav nezřídka končí nutností nahrazení funkce ledvin tzv. umělou ledvinou – hemodialýzou nebo transplantací ledviny. Chronické onemocnění ledvin výrazně snižuje délku dožití jedince a kvalitu jeho života.
- b) diabetická retinopatie** – jedná se o postižení nejmenších cév v sítnici oka. Dochází k mikroskopickým krvácením do sítnice, někdy i jizvení vazivem. Tyto děje se opakují, někdy dojde i k masivnějšímu krvácení. Pokud se cukrovka neléčí správně a není kvalitní péče od očního lékaře, je diabetická retinopatie nejčastější příčinou slepoty lidí produktivního věku v České republice.
- c) diabetická neuropatie** – mechanismus je opět podobný jako u předchozích dvou příkladů, dojde ke zničení cév

zásobujících nervy, toxický účinek zvýšené hladiny cukru sám o sobě poškodí funkci nervových vláken. Projevuje se změnami vnímání dotyku a vibrací hlavně na dolních končetinách – typicky v místech, kde míváme ponožky. Pacienti si stěžují na nepříjemné pocity – bolesti, pálení, mravenčení apod. Neuropatie dolních končetin přispívá k rozvoji syndromu diabetické nohy, viz níže. Dochází však i k postižení ostatních nervů v těle, např. nervů ovlivňujících vyprazdňování žaludku – vede k pocitům těžkého žaludku po jídlech, nechutenství apod. Taktéž postihuje nervové zásobení srdce – pacienti mívají rychlejší tepovou frekvenci, špatně tolerují zátěž, postižení termoregulace (potí se převážně v horní polovině těla, pocení zvýšené).

### Komplikace makrovaskulární

Oproti předchozím kategoriím jsou zde postiženy cévy, resp. tepny většího průměru, které jsou důležité pro zásobování cílových orgánů okysličenou krví. Špatně léčený diabetes mellitus vede k rychlejšímu rozvoji aterosklerózy, tj. ukládání cholesterolových plátů ve stěně tepen a jejich následnému ucpaní. To způsobí všem jistě známá onemocnění, jako jsou: – akutní infarkt myokardu, – cévní mozková příhoda – mrtvice, – ischemická choroba dolních končetin.

### Syndrom diabetické nohy

Jedná se o specifický typ komplikace cukrovky. Jde o postižení nohy od kotníku dolů. Vede ke kostním změnám nohy – noha mění tvar, ztrácí se nožní klenba. Změna pohybových mechanismů vede k otlakům. Protože je přítomna neuropatie, pacient si otlaků často nevšimne. Zároveň jsou postiženy velké i malé cévy zásobující nohu – noha je tak dlouhodobě nedokrvená, nedostatečně okysličená. Dochází k drobným poraněním kůže a rozvoji chronických defektů. Je zde velké riziko rozvoje infekce, vlhké gangrény. Nezřídka stav končí amputací části končetiny a trvalou invalidizací pacienta.



MUDr. Richard Schneedorfler / Foto: redakce

Kombinace mikro- a makrovaskulárních komplikací vedou taktéž např. k rozvoji chronického srdečního selhání – pacienti jsou nevykonní, trpí námahovou dušností, otoky apod. Dochází k poruše funkce srdečního svalu. Tato problematika je však nad rámec toho textu.

### Závěr

Diabetes mellitus je komplexní chronické onemocnění, které postihuje celý organismus. Některé komplikace jsou však typické a ty jsme se stručně pokusili popsat výše. Diabetes mellitus bohužel současná medicína není schopna vyléčit. Cílem léčby je předcházet komplikacím a zajistit tak pacientům dobrou kvalitu života. Komplikacím předejít lze, je to však cesta dlouhodobá – letitá, vyžadující aktivní účast pacienta i jeho ošetřujícího lékaře.

■ **MUDr. Richard Schneedorfler**  
Interní oddělení

# Muskuloskeletální onemocnění a robotická operativa byly hlavními tématy mezinárodního kongresu ortopedů v Lisabonu

**Díky grantu firmy Zimmer Biomet a vstřícnému přístupu vedení naší nemocnice jsem měl ve dnech 22.–24. 6. 2022 příležitost zúčastnit se v portugalském Lisabonu 23. kongresu EFORT (The European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology).**

Po dvouleté pauze se evropští ortopedi opět mohli setkat prezenční formou, a to byl důvod hojné účasti nejen z Evropy. Kongres probíhal v devíti sálech a v 160 sekcích se vystřídal 1500 přednášejících. Zazněly výsledky řady velmi zajímavých studií. Patrné byly dva trendy – nárůst studií prezentujících statistické analýzy nejrůznějších národních registrů a pojišťovenských dat a stále preciznější struktura studií založených na důkazech (EBM).

Muskuloskeletální onemocnění (MSD) jsou hlavní příčinou chronických bolestí, invalidity a ztráty kvality života v Evropě i ve světě. Každý třetí Evropan má postižení pohybového aparátu. Díky tomu je v Evropě 150 milionů pacientů s diagnózou spojenou s pohybovým aparátem. Mezi hlavní potíže patří bolesti zad, kloubů a osteoporóza. S rostoucí délkou života také narůstá počet let, která pacienti žijí s postižením pohybového aparátu. Tato onemocnění jsou také významná, co se týče pracovní neschopnosti a možnosti pracovní zátěže. V Evropě tři z pěti zaměstnanců mají nějakou formu postižení muskuloskeletálního systému. Díky tomu spotřebují ortopedičtí pacienti nemalé finanční zdroje a přímé



*Pohled do hlavního kongresového sálu / Foto: archiv autora*

náklady na tuto péči představují největší nákladový segment ve zdravotnictví. V Evropě je potíž s pohybovým aparátem důvodem každé třetí návštěvy praktického lékaře. V nemocnicích je zhruba každá třetí operace pro postižení pohybového aparátu včetně úrazů a jde o 15% všech hospitalizací. Zmíněné poruchy vedou k významné ztrátě produktivity a nárůstu sociálních nákladů u pracující populace a její stárnutí v budoucnosti tento problém ještě zvýrazní. Celosvětově se v roce 2017 výskyt MSD zvýšil o 58%, z 211,80 milionu v roce 1990 vzrostl na 334,74 milionu v roce 2017. Ženy (180,77

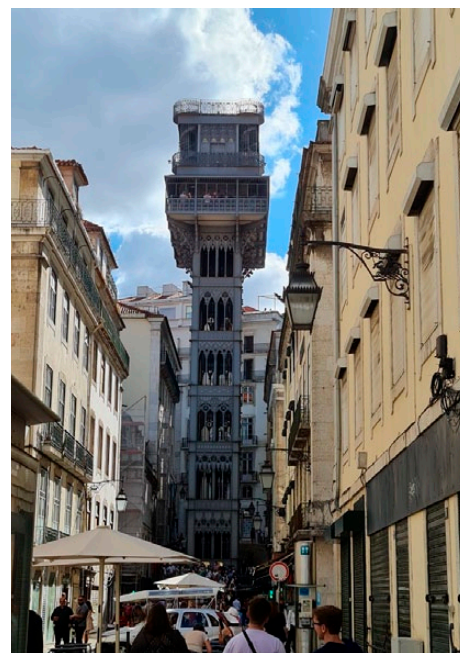
milionu) jsou postiženy více než muži (153,97 milionu). S tímto trendem se setkáváme i u nás v naší každodenní praxi. Dochází k enormnímu nárůstu čekacích dob jak na ošetření, tak na vlastní operační zákrok. Jsem moc rád, že se díky aktivnímu přístupu vedení nemocnice hledají způsoby, jak tento nárůst alespoň zpomalit, ale do budoucna je potřeba počítat se systémovým řešením v rámci celého regionu. V této souvislosti byla velmi zajímavá čestná přednáška, kterou přednesl prof. Heiner Fangerau, PhD. (Heinrich-Heine-University, vedoucí katedry historie, teorie a etiky



medicíny, Düsseldorf, Německo). Tématem byla etická a morální dilemata lékaře. V řadě dalších podnětných myšlenek mne zaujala v souvislosti s narůstajícím počtem pacientů čekajících na operaci ta, která se nás bezprostředně týká, tedy jak určit pořadí pacientů v neúnosně dlouhém záznamu, který z kapacitních důvodů není možné zkrátit. Má se striktně dodržet chronologické pořadí? Má mít přednost starší, nebo mladší pacient? Máme vybrat toho zdravějšího, nebo nemocnějšího? To jsou otázky, na které nám již medicína odpověď nedává. Odpověď na ně může být stejně náročná a zatěžující jako odpověď na otázky čistě medicínské.

Dalším velkým tématem byl nástup roboticky asistovaných operací v ortopedii. Trend je zřejmý a budoucnost ukáže, zda tato cesta je tou správnou. Cílem je maximálně zpřesnit usazení komponent kloubních náhrad a zároveň dlouhodobě sbírat přesná data, která porovnají předoperační a pooperační anatomii operovaného kloubu a dají ji do souvislosti s klinickým výsledkem. Kongres tohoto rozsahu bohužel neumožní účastníkovi věnovat se všem tématům, která jsou

prezentována. Já jsem zvolil kloubní náhrady kyčelního a kolenního kloubu, které patří mezi nejčastější operace na našem pracovišti. Jasným trendem, který covid jen zvýraznil, je zkracování hospitalizace u pacientů, kteří podstupují plánovanou náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Již není výjimečné provádět tyto operace jako jednodenní výkony. Obvyklá doba hospitalizace se pohybuje okolo 2–3 dnů. Této doby se nám zatím nedaří dosáhnout. Důvodem však není technické provedení operace, zde jsme plně konkurenceschopní se špičkovými evropskými pracovišti, ale motivace pacientů. Jak pro pacienty, tak pro rodinu je pohodlnější, když leží v nemocnici a pobyt v nemocnici jim životní náklady spíše snižuje než zvyšuje oproti pobytu v domácí péči. Pokud máme v budoucnu dramaticky zvýšit naši kapacitu, nezbyvá než tento trend u nás také změnit, protože od třetího dne po operaci pacient již nepotřebuje ve většině případů péči specialisty ortopeda, ale pouze péči ošetrovatelskou. Časný odchod do domácí péče jednoznačně nezvyšuje počet komplikací ani nezhoršuje funkční výsledky.



Lisabon – neogotický výtah Santa Justa (1902) v centru / Foto: archiv autora

Příjemné počasí a pozdní západ slunce mi umožnil ve večerních hodinách procházku historickým centrem Lisabonu, které je turisticky velmi zajímavou a příjemnou destinací.

■ **Prim. MUDr. David Musil, Ph.D.**  
Ortopedické oddělení



Lisabon kongresové centrum, místo konání EFORT / Foto: archiv autora



Lisabon – centrum Vasco de Gama, kde se konala světová výstava Expo 1998 / Foto: archiv autora

# XXVII. Mezinárodní kongres chirurgie ruky se konal v Londýně

**Společně s MUDr. Zdeňkem Vodičkou jsme měli možnost zúčastnit se již 27. ročníku celosvětového setkání chirurgů ruky, které je určeno pro lékaře a fyzioterapeuty zabývající se diagnostikou a léčbou úrazů, neúrazových onemocnění a vrozených vývojových vad ruky. Letošní ročník kongresu Mezinárodní federace společností pro chirurgii ruky (IFSSH) a Mezinárodní federace společností pro terapii ruky (IFSHT) ve spolupráci s Federací evropských společností pro chirurgii ruky (FESSH) pořádala Britská společnost pro chirurgii ruky (BSSH) v londýnském kongresovém centru ExCeL od 6. do 10. června 2022.**

Na programu kongresu byly přednášky a diskuze na aktuální témata spojená s problematikou chirurgie a fyzioterapie ruky, které vedli renomovaní mezinárodní odborníci. Během celého kongresu probíhal instruktážní kurz nazvaný „Problémy se šlachami na ruce a zápěstí“. V sérii přednášek byla nejprve připomenuta základní topografická a funkční anatomie šlachového aparátu ruky. Dále navazovaly přednášky zaměřené na úrazové i neúrazové patologické stavy šlach ruky a jejich řešení, které shrnuje oficiální kniha letošního ročníku kongresu.

Pro nás byly nejzajímavější tematické bloky, jež se týkaly spektra výkonů, které provádíme na našem pracovišti. Šlo nejen o již zmíněná šlachová onemocnění, ale i o léčbu infekcí v oblasti ruky a zápěstí, nestability zápěstí, artrózu ručních a zápěstních kloubů, implantaci totální endoprotézy kořenového kloubu palce či artroskopické techniky v oblasti zápěstí. Měli jsme tak možnost



*MUDr. Lucie Papežová a MUDr. Zdeněk Vodička / Foto: archiv autora*

vidět moderní terapeutické postupy, seznámit se se zkušenostmi z různých specializovaných pracovišť, vidět výsledky představovaných postupů léčby a možnost porovnat je s naší dosavadní praxí. Jednou ze zásadních změn v léčebných postupech v chirurgii

rukou je současný pohled na terapii bakteriálních zánětů šlach a jejich obalů, kde se stále více preferuje proplach šlachových pochev namísto rozsáhlých řezů (incizí) na ruce a předloktí. Tento postup je zatím v podmínkách našeho pracoviště



Řeka Temže a kongresové centrum ExCeL London /  
Foto: archiv autora



Cannon Street Railway Bridge, v dále Tower Bridge /  
Foto: archiv autora

neaplikovatelný, vzhledem k nárokům na složitou a komplikovanou obsluhu laváže, navíc, tito pacienti s infekcí ruky jsou hospitalizováni na Infekčním oddělení, abychom zabránili styku s neinfekčními ortopedickými pacienty.

Dalším diskutovaným tématem byla léčba zánětů šlach ohýbačů prstů a jejich obalů („skákavých prstů“), zejména v souvislosti s obstrukcí šlach a šlachových poutek kortikosteroidy. Podle moderních studií je nejlepších pooperačních výsledků dosaženo při co nejčasnějším chirurgickém řešení onemocnění, pokud možno bez předchozí aplikace kortikosteroidů, která ve většině případů zhoršuje pooperační průběh. Pokud je obstrukce aplikována, je lepší ho při přetrvávání nebo opětovném navrácení obtíží již neopakovat a dodržet odstup mezi tímto obstrukcem a případným chirurgickým protnutím šlachového poutka minimálně tři měsíce. Tato skutečnost je klíčová pro načasování výkonů v naší každodenní praxi. Vzhledem k dlouhým čekacím dobám na zdánlivě banální výkony v lokální anestezii způsobených vytížeností operačních sálů a velkým spektrem pacientů, kteří jsou svými praktickými lékaři a ambulantními ortopedy

odesílání k naší intervenci (často po předchozí aplikaci i několika obstrukcí), můžeme očekávat horší pooperační výsledky.

V aktuálních diskuzích o řešení artrózy kořenového kloubu palce ruky je porovnávána implantace totální náhrady kloubu s trapeziektomií (odstranění mnohohranné zápěstní kůstky) v kombinaci s interpoziční arthroplastikou (operace pro obnovení funkce kloubu s vložením šlachy do oblasti kloubu). Nejen naše, ale i celosvětové postupy léčby (pokud je možnost volby) se otáčejí ve prospěch kloubních náhrad, a to v souvislosti s příchodem nových typů implantátů, moderních a stabilnějších endoprotéz.

Dalším z velkých témat v problematice chirurgie ruky je strategie při terapii zlomenin člunkové kosti zápěstí. Je snaha o využití co nejsenzitivnější diagnostické metody, která spolehlivě odhalí tuto zlomeninu, jež nemusí být na prvním pouhém rentgenovém snímku patrná, a vyloučí falešně pozitivní případy. Během celého bloku přednášek na toto téma se ve svých názorech jednotliví přednášející nejednou rozcházel. Obecně je nyní při podezření na zlomeninu

člunkové kosti tendence preferovat „zlatý standard“ - tedy magnetickou rezonanci namísto CT vyšetření.

Chirurgie ruky je v současném širším a moderním pojetí samostatnou obsáhlou kapitolou, a to i díky novým operačním postupům a vyšetřovacím metodám. Zahrnuje jak operativu na skeletu horní končetiny, tak na měkkých tkáních, včetně mikrochirurgických technik. Nezbytností je dobrá návaznost na školeného anesteziologa a kvalitní rehabilitační pracoviště. Protože péče o pacienty s onemocněním ruky je týmová spolupráce mezi pacientem, lékařem a rehabilitačními pracovníky, byla velká část kurzu zaměřena i na fyzioterapii ruky.

Za cennou zkušenost a možnost zúčastnit se kongresu děkujeme vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., panu primáři MUDr. Davidu Musilovi, Ph.D. a celému kolektivu Ortopedického oddělení. Získané zkušenosti se budeme snažit postupně zúročit jak v naší ambulanci, tak i operační praxi.

■ **MUDr. Lucie Papežová**  
Ortopedické oddělení

# Osteotomický seminář se konal ve francouzském Nantes

**Na konci června letošního roku jsme měli společně s kolegou MUDr. Zdeňkem Vodičkou možnost zúčastnit se dvoudenního workshopu, který byl zaměřen na osteotomie v oblasti kolenního kloubu. Tento workshop byl pořádán firmou NewClip, která se mimo jiné zabývá vývojem a výrobou implantátů, jež jsou k těmto operacím potřeba.**

Osteotomie okolo kolenního kloubu jsou operace záchovné nebo také někdy nesou označení kloub šetřící a v poslední době ve světě zažívají obrovskou renesanci. Je to dáno tím, že na trhu jsou dostupné kvalitnější materiály ortopedických implantátů,

a také tím, že mladším pacientům tato operace přináší větší užitek než implantace endoprotézy kolenního kloubu. Smyslem osteotomie je změna mechanické osy dolní končetiny tak, aby se více zatěžovala ta část kloubu, která ještě není postižena artrotickým procesem. Zjednodušeně řečeno – pokud má někdo kolena do O, přetěžuje vnitřní stranu kolenního kloubu, kde dojde postupně k opotřebení chrupavky a bolestem. Změny mechanické osy končetiny provádíme buď na stehenní, nebo na holenní kosti. V některých případech však musíme přistoupit ke kombinované operaci, kdy se operuje na obou kostech zároveň.

Výsledné postavení je pak zafixováno dlahou se šrouby. Nespornou výhodou těchto operací je zachování pacientova kloubu. Pokud tedy přijde na ortopedickou ambulanci včas, jsme schopni mu kolenní kloub zachránit.

Samotný kurz se konal ve francouzském městě Nantes. Účastníci kurzu přijeli z celého světa (např. z Dánska, Velké Británie či Portorika). První den kurzu se probírala teorie, lektoři se zaměřovali zejména na správnou indikaci, předoperační plánování, operační techniku a komplikace. Po každém bloku přednášek následovala praktická ukázka. Součástí přednášek bylo i detailní představení tzv. šablon pro provedení technicky složitých korekcí na kosti, např. při kombinaci úhlové a rotační deformity. Princip těchto šablon je takový, že vybraní pacienti podstoupí CT vyšetření, které se odešle do firmy NewClip, kde se následně na 3D tiskárně vytisknou na míru zhotovené šablony. Tyto šablony se poté přiloží na kost pacienta a řez a umístění dlahy jsou provedeny přesně podle těchto šablon. Mohlo by se zdát, že tento postup tedy řeší veškeré technické problémy a nepřesnosti, opak je však pravdou. Tato metoda patří do rukou zkušeného ortopeda, který tuto techniku bezpečně zvládá. Metodu jsme již měli možnost použít u jednoho našeho pacienta a výsledek je výborný. Po přednáškách pokračoval program prohlídkou továrny firmy NewClip, což bylo zajímavé zpestření. Druhý den kurzu se odehrával v tamějším anatomickém ústavu, kde jsme měli možnost si nově nabyté znalosti vyzkoušet v reálné situaci na kadaverózním preparátu. Po čtyřech hodinách operování v anatomickém ústavu kurz skončil.



*Na míru zhotovená 3D šablona, která určuje směr a velikost zamýšlené osteotomie / Foto: archiv autora*

Domů jsme si nepřivezli ani tak nějakou zásadní změnu v indikacích či v operační technice – tyto operace přece jen na našem oddělení provádíme již rutinně –, jako spíše utvrzení, že se ubíráme správným směrem. Osteotomie je směr léčby artroticky poškozených kloubů, ke kterému se teď upírá pozornost prakticky celé ortopedické společnosti v zahraničí, a jsem proto moc rád, že jsme tuto dobu a směr na našem oddělení nezaspali.

■ **MUDr. Tomáš Trnka**  
Ortopedické oddělení



*Demonstrace operační techniky v tamějším anatomickém ústavu na kadaverozním preparátu / Foto: archiv autora*

# Národní kongres České společnosti úrazové chirurgie 2022

**Koncem června letošního roku jsme se společně s prim. MUDr. Martinem Kloubem, Ph.D., zástupcem primáře MUDr. Karlem Holubem a MUDr. Tomášem Zídkem z Oddělení úrazové chirurgie naší nemocnice zúčastnili národního kongresu úrazové chirurgie. Kongres se letos konal ve městě pod Ještědem – Liberci. Místem kongresu byla aula Technické univerzity v Liberci. Toto setkání je jednou z nejvýznamnějších tuzemských akcí v oboru úrazové chirurgie. Celým programem kongresu se nesla tři stěžejní témata: nitrodřeňové hřebování, rekonstrukční výkony v traumatologii a výzkum a inovace. Všichni zúčastnění lékaři našeho oddělení aktivně přednášeli.**

V sekci Nitrodřeňové hřebování I vystoupil s přednáškou nazvanou Hřebování pakloubů proximálního humeru primář Oddělení úrazové chirurgie MUDr. Martin Kloub, Ph.D., a precizně prezentoval výsledky léčby u šesti pacientů. Cílem přednášky bylo předvést hřebování těchto pakloubů jako spolehlivou a výhodnou metodu. Lze ji využít jak při selhání osteosyntézy, tak pro neúspěšnou neoperační léčbu. Důležité je správné provedení.

V sekci Nitrodřeňové hřebování II se mluvilo především o hřebování zlomenin bérce. Jednoznačně převažuje metodika suprapatelárního hřebování těchto zlomenin (zavedení nad čéškou), což ve své přednášce MUDr. Karel Holub z našeho oddělení velmi zdůraznil.

Jako zásadní výhodu uvedl možnost použít tuto metodu na zlomeniny distální tibie až do C2 (AO klasifikace – nitrokloubní zlomeniny dolní části holenní kosti). Tato metodika také snižuje procento malpozice oproti infrapatelárnímu přístupu (zavedení pod čéškou z vertikálního operačního přístupu) a zmenšuje pooperační bolesti kolenního kloubu po hřebování ve srovnání s infrapatelárním přístupem. Další prezentace se věnovaly zajímavému tématu reпозиčních triků dislokovaných zlomenin. Reposisiční techniky za pomoci kvalitní obrazové dokumentace představil MUDr. Tomáš Zídek, opět z našeho pracoviště, a ukázal naše výborné zkušenosti s reposisiční dlahou.

V sekci zaměřené na výzkum a inovace byly představeny možnosti použití bioaktivního skla u léčby infekcí v souvislosti s osteosyntézou, využití 3D technologií v traumatologii, možnosti osteosyntézy zlomenin diafýzy humeru intramedulárním hřebem s elektromagnetickým distálním jštěním a jiné. Já jsem představil možnosti odběru spongiózních kostních štěpů miniinvasivním způsobem oproti konvenčnímu odběru z lopaty kosti kyčelní. Výsledky jsem podpořil experimentální a klinickou studií v rámci postgraduálního studia.

Děkujeme vedení našeho oddělení a vedení Nemocnice České Budějovice, a.s. za možnost zúčastnit se výborně zorganizovaného národního kongresu.

■ **MUDr. Pavel Látal, Ph.D.**  
Oddělení úrazové chirurgie



Neer I projekce zhojeného pakloubu proximálního humeru / Foto: archiv autora



Předožadní a bočná projekce (Neer II) pakloubu proximálního humeru / Foto: archiv autora



Cyklistický trénink po skončení kongresu na vrchol hory Ještěd (1012 m n. m.).  
Zleva: MUDr. Pavel Látal, Ph.D., MUDr. Martin Kloub, Ph.D., Kateřina Kloubová, MUDr. Karel Holub / Foto: archiv autora

## Slovníček pojmů

**Bioaktivní sklo** – S53P4 – anorganická kostní náhrada v terapii skeletálních defektů, kterou využíváme při léčbě infekcí souvisejících s osteosyntézou.

**Diafýza humeru** – střední část pažní kosti

**Humerus** – pažní kost

**Osteosyntéza** je chirurgický operační výkon zabývající se stabilizací zlomeniny pomocí kovových implantátů (dráty, šrouby, hřeby, dlahy, zevní fixatéry).

**Pakloub** – (pseudoartróza) je charakterizován jako porucha hojení zlomeniny. Navazuje na opožděné kostní hojení s délkou odstupu od úrazu 6–9 měsíců.

**Proximální konec humeru** – horní konec pažní kosti. Skládá se z hlavičky, která zapadá do kloubní jamky lopatky a tvoří kulovitý kloub. Horní konec humeru se pod hlavičkou zužuje v tzv. chirurgický krček, který je místem častých zlomenin.

**Spongiózní kostní štěp** - slouží jako substance pro výplň kostního defektu u komplikovaných zlomenin a při operaci paklobů. Standardně je získáván z lopaty kosti kyčelní.

**Tibia** – kost holenní

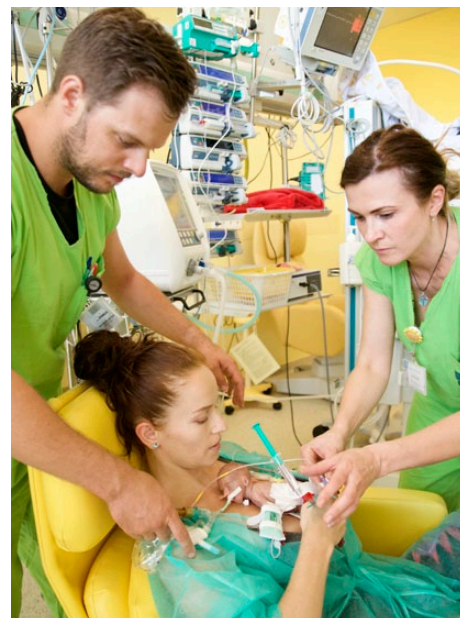
# Interaktivní zážitkový kurz vývojové péče

**Počátkem tohoto roku jsem měla možnost zúčastnit se Interaktivního zážitkového kurzu vývojové péče. Jednalo se o jednodenní kurz vytvořený sestrami z neonatologické jednotky intenzivní péče Všeobecné fakultní nemocnice v Praze určený pro lékaře a sestry pracující na novorozeneckých odděleních.**

Vývojová péče je v současnosti v neonatologii aktuálním tématem. Péče o novorozence v České republice dosahuje v celosvětovém měřítku špičkové úrovně. Novorozenecká úmrtnost je nyní minimální. Zároveň se daří zachraňovat stále menší a gestačně mladší pacienty. Hlavním úkolem všech pracovišť by měla být snaha o co možná největší zkvalitnění budoucího života malých pacientů. Během hospitalizace na neonatologii působí na dítě mnoho faktorů, které mohou negativně ovlivnit vývoj centrální nervové soustavy a celkové prospívání dítěte. Jsou jimi hluk, světlo, bolest, nadměrná stimulace, izolace od matky. Situací předčasného porodu je zároveň ovlivněna celá širší rodina dítěte. Termínem vývojová

péče (developmental care) rozumíme všechny organizační a ošetrovatelské postupy, které u konkrétního pacienta během hospitalizace provádíme, měníme a zdokonalujeme, abychom co nejpozitivněji podpořili jeho neurologický vývoj. Jedná se z velké části o jednoduché a běžně dostupné principy a úkony, na které však v rutinní praxi často zapomínáme. Vývojová péče zahrnuje ochranu před světlem a nadměrným hlukem, hodnocení a tišení bolesti, polohování a krmení, neustálé zdokonalování léčebného prostředí, klokánkování novorozenců (více viz infobox) a péči zaměřenou na rodinu.

Spolu s kolegy z jiných nemocnic jsme si během setkání vyměňovali zkušenosti týkající se péče o novorozence. Na vlastní kůži jsme si vyzkoušeli, jak se asi může cítit dítě v prostředí jednotky intenzivní péče. Jak hlasité jsou alarmy nebo telefony, jak nepříjemný může být nečekaný dotek od cizí osoby, jak bolestivé je nešetrné sejmutí náplasti. Cílem kurzu bylo představit si, jak bychom se sami cítili v kůži pacienta.



*Klokánkování novorozence narozeného ve 23. týdnu těhotenství (400 gramů) na stanici JIRP / Foto: MUDr. Tadeáš Abrman*

Zcela jistě by podobný kurz byl přínosný pro většinu pracovníků nemocnic.

■ **MUDr. Kateřina Matějová**  
*Neonatologické oddělení*

## Klokánkování

Klokánkování (z anglického Kangaroo mother care) je metoda, která se využívá především pro miminka, která se narodila předčasně. Název není zvolen náhodně – klokan je savec, jenž své narozené mládě, které je slepé, holé a nemá zadní nohy, nosí ve speciálním vaku do doby, než je schopno samostatného života. Projde tedy podobným procesem, jako předčasně narozené miminko, které také musí dozrát, i když ne ve vaku své matky. Podstata této metody, která miminku pomáhá dozrát, spočívá v tom, že je dítě přikládáno přímo na tělo matky, kůží na kůži. Tento přímý, velmi těsný tělesný kontakt dítěti simuluje bezpečné prostředí, které mu připomíná prostředí dělohy (cítí teplo matčina či otcova těla, slyší tep srdce). Klokánkovaná miminka jsou méně ohrožena infekcí, a to z toho důvodu, že se jejich kůže přirozeně osidluje mateřskými bakteriemi, proti kterým jsou přímo chráněny protilátkami z mateřského mléka své maminky. Dle neonatologů mají také klokánkované děti stabilnější srdeční frekvenci, pravidelné dýchání, lepší saturaci (okysličení tkání kyslíkem, které je monitorováno přístroji), menší výkyvy tělesné teploty, méně pláčou, lépe spí a mají delší období bdělosti. V neposlední řadě má klokánkování pozitivní dopad na vytváření vztahu mezi matkou a dítětem. Klokánkování si užívají i tatínci.

**Zdroj:** [Nedoklubko.cz](http://Nedoklubko.cz)

# Českobudějovičtí neonatologové se zúčastnili konference v Göteborgu

V červnu 2022 jsem dostala možnost zúčastnit se konference Neonatální hemodynamika a funkční echokardiografie pro neonatology ve švédském Göteborgu. Göteborg leží na západním pobřeží Švédska a je považován za studentské město. Na dvou zdejších univerzitách studuje zhruba 60 000 studentů, což je vůbec nejvíce v celé Skandinávii.



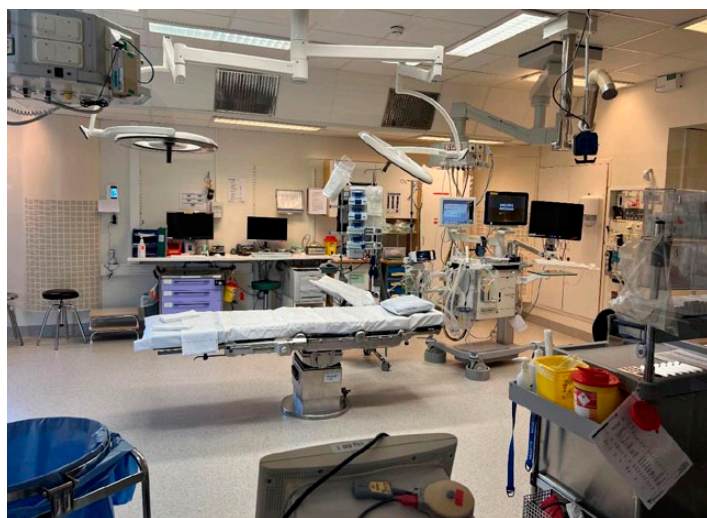
Účastníci konference a přednášející před historickou nádražní budovou v Göteborgu / Foto: archiv autora

Kongresu jsem se zúčastnila spolu s prim. MUDr. Jiřím Duškem, MBA, a dětským kardiologem MUDr. Petrem Güklhornem. Konference trvala celkem tři dny a konala se v prostorách Sahlgrenska University Hospital a historické nádražní budovy z 19. století. Své přednášky prezentovali odborníci ze Švédska, Irska a Spojených států amerických. Program byl zaměřen na patofyziologii adaptace oběhu, systolickou a diastolickou funkci srdečních komor, hypotenzi, plicní hypertenzi a otevřenou Botallovu dučej. Přednášky obsahovaly jak teoretickou část, tak ukázky ultrazvukových smyček k danému tématu.

Ultrazvukové vyšetření srdce je dnes běžnou praxí na novorozeneckých odděleních. Indikací k vyšetření je klinické podezření na strukturální nebo funkční abnormality srdce, avšak častěji je to důležitý nástroj v diferenciálně diagnostických postupech u kriticky nemocného novorozence. Neonatologova schopnost

základního zobrazení srdce a získání informací o jeho funkci zlepšuje péči o naše nejmenší pacienty. Pro toto zobrazení se vžil název POCUS (point of care ultrasound). Jedná se o rychlé ultrazvukové vyšetření srdce symptomatického novorozence a identifikaci patologického procesu, jako je abnormální anatomie srdce (vrozená vývojová vada), perikardiální výpotek, malpozice centrálního katétru a kontraktilita srdce. POCUS je aplikován na většině pracovišť dětské a novorozenecké intenzivní péče s velkými rozdíly jak na mezinárodní úrovni, tak i mezi jednotlivými pracovišti. Rychlé a neinvazivní vyloučení závažné srdeční vady eliminuje zbytečný transport na superspecializované pracoviště.

Cílem sdělení bylo poukázat na fakt, že fyziologická přestavba oběhu novorozence a jeho patologie mají svou dynamiku a mění se v čase. Místo zavedených léčebných algoritmů je nutné soustředit se



Ukázka vybavení porodnického operačního sálu / Foto: archiv autora



MUDr. Jana Pešková s paní primářkou Svetlanou Najm, MD. (vpravo) při prohlídce neonatologického oddělení / Foto: archiv autora



na patofyziologii a příčinu oběhové nestability novorozence a využívat klinické vyšetření a echokardiografii k cílené farmakoterapii. Součástí bohatého odborného programu byly i dva odpolední workshopy s možností praktického nácviku echokardiografického vyšetření na simulátoru i pacientech na neonatologickém a pediatrickém oddělení. Na simulátoru jsme si vyzkoušeli sonografickou diagnostiku vrozených srdečních vad.

Poslední den jsme navštívili univerzitní neonatologické oddělení. Paní primářka (Svetlana Najm, MD.) nás provedla jednotlivými odděleními a seznámila s personálem. Měli jsme možnost porovnat prostorové uspořádání, přístrojové vybavení a prodiskutovat rozdíly v přístupu k péči o nedonošené a kriticky nemocné novorozence. Navázali



Přístav v Göteborgu - největší ve Skandinávii / Foto: archiv autora

jsme přátelské vztahy a přislíbili si spolupráci v rámci výměnných stáží pro lékaře i zdravotní sestry. Děkuji nemocnici, že mi umožnila se konference zúčastnit. Na našem oddělení jistě využijeme všechny

nabyté znalosti i možnost spolupráce se švédskými neonatologickými pracovišti.

■ **MUDr. Jana Pešková**  
Neonatologické oddělení

# ANTIBIOTIKA musíme chránit!

## Nemáme za ně náhradu.

Antibiotika jsou naše jediná obrana proti bakteriálním infekcím a nemocem. Musíme proto dát pozor, abychom je neoslabovali. Když je totiž bereme nesprávně, umožňujeme bakteriím vytvořit si proti nim odolnost. Kvůli této **antibiotické rezistenci** se i obvyčejné infekce mohou znovu stát smrtelně nebezpečnými. Proto musíme antibiotika užívat přesně podle předpisu!



Iceland  
Liechtenstein  
Norway grants

STÁTNÍ  
ZDRAVOTNÍ  
ÚSTAV  
SZÚ

# Spolupráce s Českou společností AIDS pomoc

HIV centrum Infekčního oddělení poskytuje péči HIV pozitivním pacientům a zároveň klientům, kteří se před HIV infekcí chtějí chránit. Toto onemocnění je velice specifické a často stigmatizované. Proto je velmi důležité klienty oslovovat přes patientské organizace, které jsou schopny jim bez předsudků poskytnout informace a nabídnout možnosti léčby. Důležitým článkem je spolupráce infekčních oddělení a klinik s Českou společností AIDS pomoc (ČSAP).

V Českých Budějovicích otevřela ČSAP svou pobočku ve formě checkpointu v centru města. Provozní doba v odpoledních hodinách umožňuje, aby co nejvíce lidí mělo možnost tyto služby využít. Klienti mají v checkpointu možnost využít anonymního a bezplatného testování na HIV, hepatitidy C a B a syfilis. Právě díky anonymnímu testování v checkpointu si k nám do HIV poradny několik pacientů s HIV našlo cestu.

Klienty checkpointu jsou často i lidé, kteří mají zájem o preexpozici profylaxi HIV (PrEP), což je ochrana před HIV pro HIV negativní ve formě léku s virostatickým účinkem. Tato ochrana je vhodná pro osoby, jejichž partneři jsou HIV pozitivní a stále

mají detekovatelnou virovou nálož, či jsou z jiných důvodů ve zvýšeném riziku nákazy HIV nebo o PrEP aktivně žádají. Toto pracoviště jim poskytne základní poradenství o preexpozici profylaxi a mohou se zde objednat a domluvit si termín první návštěvy u lékaře na infekční klinice, kde preexpozici profylaxi předepisují. ČSAP také pomáhá zajistit přístup HIV pozitivním k léčbě, zdravotnímu pojištění, a především objednání do HIV center v České republice. Pro ukrajinské uprchlíky například připravila příručku *Moje první kroky v ČR*. Jedná se o první návod pro klienty z Ukrajiny, kteří do naší poradny nyní častěji přicházejí.

Mezi další služby, které ČSAP poskytuje, je například program Kontakt+, který pomáhá lidem s HIV žít dál normální život. Program Buddy – průvodci je určený pro HIV pozitivní lidi, kteří jsou buď krátce po diagnóze a nemohou se s touto informací smířit, mají strach a nevědí jak dál, zároveň ale i pro osoby které svou diagnózu znají delší čas, ale nemají se komu svěřit nebo chtějí znát názor lidí se stejnými zkušenostmi. Pomoc je ve formě, kterou si klient sám vybere - osobní schůzka, dopisování si, vyslechnutí a podpora přes telefon. Dále ČSAP v Praze provozuje Dům světla (azylový dům a ubytovna)



MUDr. Michal Skurák / Foto: Jan Luxík

určený pro lidi žijící s HIV, kteří se ocitli v tíživé situaci. V neposlední řadě ČSAP poskytuje HIV pozitivním lidem také právní poradenství a služby.

■ **Bc. Jana Lískovcová,**  
**MUDr. Michal Skurák**  
*Infekční oddělení*

■ **Česká společnost AIDS pomoc**



ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC

Více informací o programech ČSAP naleznete na stránkách

[www.hiv-komunita.cz](http://www.hiv-komunita.cz)

[www.aids-pomoc.cz](http://www.aids-pomoc.cz)

# Naše nemocnice se sportovních utkání nezalekla

Ve středu 7. září 2022 se uskutečnil již dvanáctý ročník sportovního dne integrovaného záchranného systému a ostatních složek Jihočeského kraje. Akce se konala ve sportovním areálu VÚ Bechyně. Soutěžilo se zúčastnilo osm týmů včetně týmu naší nemocnice. Soutěžilo se v malé kopané, florbalu, nohejbalu, volejbalu a tenise. Reprezentanti naší

nemocnice byli třikrát „na bedně“ neboli na stupni vítězů – jednou byli první v tenise, jednou druhí ve florbale a nakonec třetí v malé kopané.

Dalším sportovním kláním byl turnaj jihočeských nemocnic v malé kopané a volejbalu, který 16. září 2022 pořádala Nemocnice Strakonice, a.s. I zde jsme byli velmi úspěšní. Turnaj v malé

kopané jsme vyhráli a ve volejbalu jsme skončili na druhém místě.

**Na závěr bych chtěl všem reprezentantům Nemocnice České Budějovice, a.s. za jejich výkony poděkovat.**

■ **František Bílý**  
*Bezpečnostní manažer,  
vedoucí dopravy*



Fotbalový tým Nemocnice České Budějovice, a.s. / Foto: archiv autora



Smišený tenisový tým na stupni vítězů / Foto: archiv autora



Florbalový tým / Foto: archiv autora



Volejbalový tým / Foto: archiv autora

pro období 1. 10. 2022 - 31. 10. 2022 nebo do vyprodání zásob

**PÉČE O KLOUBY A ŠLACHY**

Cemio Kamzik  
60 cps



~~439.- Kč~~  
**389.- Kč**

**PÉČE O IMUNITU**

GS Omega 3 Citrus+D3  
100+50 cps



~~309.- Kč~~  
**289.- Kč**

**NA BOLEST**

Cetalgen 500mg/200mg  
20 tbl



~~159.- Kč~~  
**109.- Kč**

**NA LOKÁLNÍ BOLEST**

Offen Neo forte 20mg/g gel  
100 g



~~286.- Kč~~  
**239.- Kč**

**PÉČE O ZDRAVÍ**

NatureVia Ostropestřec forte  
60 cps



~~289.- Kč~~  
**249.- Kč**

**HYGIENA NOSU**

Sterimar nosní sprej  
50 ml



~~209.- Kč~~  
**169.- Kč**

**PÉČE O ZDRAVÍ**

Revitanerv Strong  
30 tbl



~~505.- Kč~~  
**444.- Kč**

**PŘI ÚNAVĚ A VYČERPÁNÍ**

MaxiMag Hořčík 375mg+B6  
50 tbl



~~149.- Kč~~  
**129.- Kč**

**PÉČE O ZDRAVÍ**

Vigantolvit D3 2000I.U.  
60 tbl



~~190.- Kč~~  
**169.- Kč**

**BOLEST V KRKU**

Orofar 1mg/1mg  
24 pasílek



~~189.- Kč~~  
**149.- Kč**



| POMŮCKY:<br>ISAR,<br>OECI,<br>OLIBAN         | ŠÍPOVÝ<br>JED    | LESNÍ<br>KOPYTNÍK                        | SLOVENSKÉ<br>UKAZOVACÍ<br>ZÁJMENO | SLOVENSKY<br>„TÁTKA“                           | ZNAČKA<br>MRAŽENÉ-<br>HO KRÉMU | ULOŽIT<br>VE SKLAUDU | PERSONA                                      | NEJVYŠŠÍ<br>ČINNÁ<br>EVROPSKÁ<br>SOPKA   | ZNAČKA<br>CHROMU                         | ČESKÝ<br>BÁSNÍK,<br>PROZAÍK A<br>DRAMATIK | ODLOUČE-<br>NÁ OBYDLÍ                      | SEŽEHLENÉ<br>ZÁHYBY<br>TKANINY | ŠKRABKA<br>U PLUHU                         | 2. DÍL<br>TAJENKY | ČERVENÁ<br>KRVINKA |
|--|------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|----------------------|--|--|--|---|--|--------------------------------|--|-------------------|--------------------|
| HRUBÍNOVA<br>BÁSNICKÁ<br>SBÍRKA              |                  |  |                                   |  |                                |                      | HOSP. OR-<br>GANIZACE<br>ZNAČKA<br>KOSMETIKY |  |  |   | DOPRAVNÍ<br>LINKY                          |                                |  |                   |                    |
| 1. DÍL<br>TAJENKY                            |                  |  |                                   |  |                                |                      |  |  |  |   | LATINSKY<br>„JINÝ“<br>ŘECKÉ<br>PÍSMENO     |                                |  |                   |                    |
| INICIÁLY<br>HEREČKY<br>NEDOŠIN-<br>SKÉ       |                  |  | ODCHÝLENÍ<br>SVŮDKYNĚ<br>SAMSONA  |  |                                |                      |  | KRESLENÉ<br>PŘÍBĚHY<br>KOMORNÍ<br>SOUBOR |  |   |  |                                |  |                   |                    |
| POZEMEK<br>OVOČNÁŘE                          |                  |  |                                   | TROP. PRY-<br>SKÝŘICE<br>NÁŠ. BÝV.<br>CYKLISTA |                                |                      |  |  | RAKOUSKÝ<br>HUDEBNÍ<br>SKLADATEL<br>POTÉ |   |  |                                |  |                   |                    |
|  | KROKOVA<br>DCERA | INICIÁLY<br>DUBČEKA<br>JIRÁSKŮV<br>ROMÁN |                                   |  | DOMÁCKY<br>ADĚLA<br>UŽ         |                      |  | OPOJENÉ<br>VÍNEM<br>SLOVENSKY<br>„KŘEŠT“ |  |   |  |                                | DRACHMA<br>(ZKRATKA)<br>ČESKÝ<br>HOKEJISTA |                   |                    |
| POLÉVKA Z<br>BRAMBOR<br>A MLÉKA<br>(OBLAST.) |                  |  |                                   |  |                                |                      | UZENKY<br>KULOVITÁ<br>BAKTERIE               |  |  |   |  | ITALSKÝ<br>PROZAÍK<br>NADRO    |  |                   |                    |
| BARVÍŘSKÁ<br>SUROVINA                        |                  |  |                                   |  |                                |                      |  |  |  |   | NADŮTEC<br>INICIÁLY<br>ZÁVODNÍKA<br>ENGEHO |                                |  |                   |                    |
| 3. DÍL<br>TAJENKY                            |                  |  |                                   |  |                                |                      |  |  |  | INTOXIKACE                                |  |                                |  |                   |                    |
| PŘÍTOK<br>DUNAJE                             |                  |  |                                   |  | TÍMTO<br>ZPŮSOBEM              |                      |  |  |  | BÝT<br>V POHYBU                           |  |                                |  |                   |                    |

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, Ing. Veronika Dubská, Ing. Jana Duco, MBA (redakční fotograf)

Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), MUDr. Miroslava Nevšimalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékárna)

Bezplatné | Náklad 2 100 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | DTP a tisk: Typodesign s.r.o.

Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme