
NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ



EDITORIAL

Vážení a milí,

dnešní zpravodaj mi připomíná všudypřítomné reklamy „x + y zdarma“ anebo pečení kynutého těsta. Prostě z obvyklých 54 stránek mi texty pod rukama bytněly tak, až jsem se dostala k sedmi desítkám. Ne, že by se objevili grafomani; vyloudit z někoho článek bylo stejně složité jako vždy, ale prostě se ve druhém pololetí roku 2013 událo hodně věcí. Rekordmanem na počet zpráv je Dětské oddělení díky četným návštěvám, dárečkům pro děti a vůbec dobrým předvánočním skutkům. Nabité jsou i informace z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení, avšak z jiných příčin – sami uhlídáte. A pak je tu přehřšel drobností odevšad. Třeba o naší gynekoložce z Tádžikistánu. Nebo o visutém mostu za centrálním pavilonem. Případně o tom, že jsme udělali radost dárcům krve. Jak se s oblibou říká „Lidé čtěte!“

Vaše



*PhDr. Marie Šotolová
odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje*

OBSAH

Editorial	2
Úvodník předsedy představenstva MUDr. Břetislava Shona (šot)	6
ZPRÁVY MANAGEMENTU	
SPOLEČNÉ INFUZNÍ CENTRUM A AMBULANCE ANESTEZIOLOGIE A LÉČBY BOLESTI STAVEBNÍ PŘÍPRAVA PROSTORU	7
Ing. František Bostl	
SLUŽBY PACIENTŮM V NOVÝCH PROSTORECH	8
prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA	
AKREDITACE CENTRÁLNÍCH LABORATOŘÍ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.	10
MUDr. Miroslav Verner	
LABORATOŘE TRANSFUZNÍHO ODDĚLENÍ AKREDITOVÁNY	11
prim. MUDr. Petr Biedermann	
NEJLEPŠÍ NEMOCNICE – ŽEBŘÍČKY ČESKÝCH NEMOCNIC šot	11
PŘESTAVBA BUDOVY BÝVALÉHO BUFETU	12
Ing. František Bostl	
Z „C“ DO „I“ SUCHOU NOHOU	12
Ing. František Bostl, šot	
DALŠÍ FÁZE NOVÉHO PERINATOLOGICKÉHO CENTRA	13
Ing. František Bostl	
ČESKOBUDĚJOVICKÁ NEMOCNICE NABÍZÍ RODIČKÁM VĚTŠÍ KOMFORT	13
prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA	
CO JE TO EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE?	15
MUDr. Iva Staňková	
ZÁKAZNICKÁ KARTA UŠETŘÍ PACIENTŮM PENÍZE	16
Ing. Martin Bláha, MBA	
NEMOCNICI ČEKÁ REFORMA EKONOMICKÉHO INFORMAČNÍHO SYSTÉMU	16
Ing. Martin Bláha, MBA	
STALO SE	
ZLATÁ ŠUPINA PRO PRIMÁŘE MUDr. JANA SATTRANA šot	17
PODĚKOVÁNÍ Z PLZEŇSKÉ ZÁCHRANKY šot	17
GAMMAMEDPLUS IX NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ	18
MUDr. Ivona Mrázová, MBA, MUDr. Petr Vítek	
KOLEČKO KOLEM DOKOLA šot	18
NOVÝ PŘÍSTROJ PRO ORTOPEDY	19
ANESTEZIOLOGOVÉ MAJÍ K DISPOZICI DVA NOVÉ BRONCHOFIBROSKOPY	19
prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA	
KOŽNÍ ODDĚLENÍ POD JEDNOU STŘECHOU	19
Ing. František Bostl, prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.	
AMBULANCE PRO MALÉ PACIENTY NOVĚ V BUDOVĚ DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ	20
prim. MUDr. Pavel Pavlíček, prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.	
JEDNOU VĚTOU	
VÝSTAVA MŮJ NOVÝ ŽIVOT	20
PhDr. Marie Šotolová	
SNÍDANĚ S NOVINÁŘI šot	21
PUTOVNÍ VÝSTAVA MALEB DĚTSKÝCH PACIENTŮ	22
PhDr. Marie Šotolová	
NOVÁ ČLENKA ETICKÉ KOMISE	22
BUDOVA DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ NA VÝSTAVĚ šot	22
KONCERT PRO JIHOČESKÉ DÁRCE KRVE	23
PhDr. Marie Šotolová	

SLAVNOSTNÍ UZAVŘENÍ ROKU 2013 šot	23
ABY DĚTI NESMUTNILY	24
šot, www.exhibice.cz, Petr Pokorný	
EVROPSKÝ ANTIBIOTICKÝ DEN	26
MUDr. Magdalena Horníková	
STONOŽKA REKORDNÍ	27
Mgr. Milan Beníšek	
DEN ZDRAVÍ S VZP	27
PhDr. Marie Šotolová	
KDO JE KDO	
„KVALITA, LIDSKOST, ÚSMĚV PRO KAŽDÉHO...“ (MUDr. Miroslava Člupková)	28
PhDr. Marie Šotolová	
PŘEDSTAVUJE SE	
HISTORIE A SOUČASNOST AOTRAUMA	29
MUDr. Martin Kloub	
Z TÁDŽIKISTÁNU NA JIH ČECH (MUDr. Mastura Kadyrová)	32
PhDr. Marie Šotolová	
KNIŽNÍ NOVINKY V LÉKAŘSKÉ KNIHOVNĚ	
DVD SPOLEČNOSTI DIALOG JESSENIUS šot	33
SBORNÍK PŘEDNÁŠEK O KARCINOMU PRSU šot	33
KONGRESY A SEMINÁŘE	
JE MOŽNÉ MANIPULOVAT S PACIENTY BEZPEČNĚJI?	33
PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.	
BILANCOVAT SE NEMÁ, ALE... ..	34
Mgr. Lenka Klímová	
SETKÁNÍ TRAUMATOLOGŮ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH 8. 10. 2013	36
prof. MUDr. Jan Bartoniček, DrSc.	
JIHOČESKÉ ONKOLOGICKÉ DNY JUBILEJNÍ	37
PhDr. Marie Šotolová	
GEOMED 2013	38
doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.	
JIHOČESKÝ DIABETOLOGICKÝ DEN JIŽ PO JEDNADVACÁTÉ	38
MUDr. Lenka Dohnalová	
LETEM SVĚTEM	
POSTŘEHY Z BRITSKÝCH NEMOCNIC	40
MUDr. Aleš Chrdle	
POSTŘEHY ZE SEVEROAMERICKÝCH NEMOCNIC	49
MUDr. Vojtěch Kurfirst	
LETNÍ ŠKOLA EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO HYPERTENZI	49
MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.	
8 TH EUROPEAN AOTRAUMA & TK EXPERTS SYMPOZIUM	51
MUDr. Martin Kloub	
ŠEST TISÍC SPECIALISTŮ V BARCELONĚ	52
prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.	
KARDIOCHIRURGOVÉ V PODZIMNÍ VÍDNI	53
MUDr. Vojtěch Kurfirst	
KARDIOCHIRURGICKÝ SEMINÁŘ V SALZBURGU	53
MUDr. Júlia Čanányová	
TECRES MEETING V ITALSKÉ VERONĚ	54
MUDr. David Musil, Ph.D.	
KARDIOLOGICKÝ SEMINÁŘ V SALZBURGU	55
MUDr. Jiří Holý, Ph.D.	
EVROPSKÝ RESUSCITAČNÍ KONGRES V KRAKOWĚ	56
MUDr. Nad'a Pavlíčková	

ČESKOBUDĚJOVICKÁ NEMOCNICE SE PREZENTOVALA V KAPSKÉM MĚSTĚ	57
MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.	
AOTRAUMA VIDEOSEMINÁŘ SIOFOK	58
MUDr. Martin Kloub	
ENDOPROTETICKÝ OPERAČNÍ KURZ VE VELKÉ BRITÁNII	58
MUDr. Pavel Sadovský	
KONGRES AMERICKÉ HEMATOLOGICKÉ ASOCIACE – ASH 2013	59
MUDr Ivan Vonke, MBA	
SPOLEČENSKÁ KRONIKA	
ZMĚNA NA POSTU PRIMÁŘE INTERNÍHO ODDĚLENÍ šot	60
VZPOMÍNKA NA PRIM. MUDr. MIROSLAVA KLOUDU	60
MUDr. Miroslav Verner	
ODEŠEL PROFESOR MUDr. VLADISLAV POTUŽNÍK, DrSc.	61
MUDr. Magda Balejová	
ŽIVOTNÍ JUBILEA V OBDOBÍ 1. 7. 2013 – 31. 12. 2013	61
UKONČENÉ SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V DOBĚ OD 1. 7. 2013 DO 30. 11. 2013	62
ODBORY	
MÍSTNÍ ORGANIZACE LÉKAŘSKÉHO ODBOROVÉHO KLUBU	63
MUDr. Filip Šísl	
ZO OSZSP NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.	63
Mgr. Lubomír Francl	
TEČKA NA ZÁVĚR	
KDYŽ SE ZROVNA PODZIM NEVYVEDE PODLE VAŠICH PŘEDSTAV	66
prim. MUDr. Aleš Hejlek	

Úvodník předsedy představenstva MUDr. Břetislava Shona



Pane předsedo, jak hodnotíte rok 2013?

Nemocnice dostala od pojišťoven proti referenčnímu roku 2011 cca o 200 mil. korun méně. Slíbili jsme, že uděláme vše pro to, abychom nesnižovali tarifní mzdy zaměstnanců (a s tím související úhrady za služby, dovolené atd.) a zároveň nezhoršili kvalitu zdravotní péče o naše pacienty. Oboje se nám podařilo. Nemocnice není zadlužená, faktury platí v termínech, mzdy nebyly sníženy. Tohoto výsledku se podařilo dosáhnout celý rok trvajících obchodními jednáními a řadou úsporných kroků, které však ve svých důsledcích vedly k vytvoření určitého vnitřního dluhu (snížená stavební a přístrojová investiční politika, odkládání oprav atd.). Tento vnitřní dluh budeme muset v letech 2014 a 2015 vyrovnat. Zjednodušeně lze říci, že na tu „bídu“ jsme byli ekonomicky úspěšní.

Ano, situaci bychom měli z pohledu řízení nemocnice podstatně snazší, kdybychom tak, jako velká většina nemocnic v republice, snížili mzdy zaměstnanců. Jen pro zajímavost, snížení mezd o 5 % znamená s odvody úsporu přibližně 60 milionů korun. Víím, že v nemocnicích v České republice, kde došlo ke snížení mezd, budou mít problém v roce 2014 vrátit se na původní úroveň, neboť i v těchto nemocnicích vznikl určitý vnitřní dluh. Úhradová vyhláška pro rok 2014 nám v případě splnění všech limitů zdravotní péče umožní při dobrém hospodaření vnitřní dluh z části eliminovat.

Co nejdůležitějšího čeká nemocnici v roce 2014 ve stavebních investicích?

Jak jsme již informovali v minulých číslech Nemocničního zpravodaje, vedení nemocnice má v plánu v dalších pěti až šesti letech ukončit zdravotní péči v Dolním areálu a přesunout ji do Horního areálu. Již dnes proto existuje plán výstavby porodnicko-neonatalogického pavilonu, tedy perinatologického centra, a přestavby některých stávajících pavilonů, které umožní zvýšení kapacity lůžkových stanic a operačních sálů k zajištění péče po přestěhování z Dolního areálu. V příštím roce nás čeká první část stavební investice perinatologického centra, pokud vše půjde dobře, ke konci roku zahájení nástavby dvou pater šestipodlažní části centrálního pavilonu v Horním areálu.

Dokončen byl podrobný plán centralizace laboratoří do logických celků, které umožní uvolnění nových prostorů v pavilonu laboratoří a přestěhování celého transfuzního oddělení do těchto míst.

Od začátku roku 2014 je zahájen provoz infuzního centra nad Stanicí dárců krve a zároveň sem byla přemístěna ambulance bolesti z Dolního areálu.

Nemocnice bude jistě investovat tak, jako každý rok, do přístrojového vybavení?

Během roku 2014 by měly být ukončeny projekty integrovaného operačního programu cerebrovaskulárního centra a komplexního onkologického centra. Tuto práci, jako vždy, organizuje a řídí v této činnosti vysoce zkušený a zběhlý místopředseda představenstva MUDr. Jaroslav Novák, MBA. Zmíněné projekty čerpají peníze z dotačních programů Evropské unie a jsou vyčleněny na nákupy přístrojové techniky. Celkem by mělo být nakoupeny přístroje za 175 mil. Kč. Z vlastních zdrojů se zaměříme hlavně na přístrojové vybavení v rámci přestavby centrálních laboratoří.

Co mohou očekávat zaměstnanci v organizaci práce?

V roce 2014 budeme daleko intenzivněji hledat rezervy v práci zdravotníků s maximální vytižeností v celé osmihodinové pracovní době. To se bude týkat především využití operačních sálů a řady diagnostických přístrojů. I nadále bude vedením podporován rozvoj

všech neinvazivních operačních metod, laparoskopických a artroskopických. Rozvoj těchto metod je obrovským přínosem pro pacienty, a to jak po stránce medicínské, tak po stránce pooperačního komfortu a výrazného zkrácení doby hospitalizace. Výkony jsou bohužel i výrazně dražší než klasické metody, ale budeme dělat i v roce 2014 po obchodní stránce vše pro to, abychom dojednali co nejnižší ceny v co nejvyšší kvalitě.

Jaké je vaše přání do Nového roku zaměstnancům a pacientům?

Kromě obligátního přání štěstí, spokojenosti, zdraví (a víme všichni, že zejména co se týká zdraví, není na místě toto přání zlehčovat) bych přál všem zaměstnancům i pacientům, aby se nám výše popsané záměry podařily. Zejména udržet výši mezd i kvalitu zdravotní péče. Pokud se podaří oboje dokonce zvýšit, byl bych nesmírně rád.

Zaměstnancům přeji i pohodu na pracovištích, schopné, a vřídlné nadřizené, a příjemné, zbytečně si nestěžující pacienty.

Pacientům naopak přeji příjemné, schopné zdravotníky. A krásné a usměvavé sestřičky.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

ZPRÁVY MANAGEMENTU

SPOLEČNÉ INFUZNÍ CENTRUM A AMBULANCE ANESTEZIOLOGIE A LÉČBY BOLESTI

STAVEBNÍ PŘÍPRAVA PROSTOR

Ing. František Bostl



Ve druhém nadzemním podlaží pavilonu T1 v Horním areálu nad Stanicí dárců krve došlo k úpravám souvisejícími s využitím těchto prostorů pro ambulantní provozy anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Prováděné stavební práce spočívaly v rozdělení prostoru původně určeného pro stacionář onkologického oddělení na šest místností. Nyní v nich jsou spolu s jednou stávající ambulancí nově umístěné dvě anesteziologické ambulance se samostatnou čekárnou. Dále sem byl z Dolního areálu přemístěn provoz léčby chronické bolesti zahrnující dvě ambulance, zákrokový „sálek“ a malý stacionář. K úpravám došlo také v recepci a navazující místnosti skladu, ve které je umístěna kartotéka pro celý ambulantní provoz ARO. Drobné úpravy spojené především s doplněním rozvodů elektroinstalací a vývodů sluchátek televizního vysílání pro pacienty byly provedeny také v prostorech centra infuzní terapie.

stacionář onkologického oddělení na šest místností. Nyní v nich jsou spolu s jednou stávající ambulancí nově umístěné dvě anesteziologické ambulance se samostatnou čekárnou. Dále sem byl z Dolního areálu přemístěn provoz léčby chronické bolesti zahrnující dvě ambulance, zákrokový „sálek“ a malý stacionář. K úpravám došlo také v recepci a navazující místnosti skladu, ve které je umístěna kartotéka pro celý ambulantní provoz ARO. Drobné úpravy spojené především s doplněním rozvodů elektroinstalací a vývodů sluchátek televizního vysílání pro pacienty byly provedeny také v prostorech centra infuzní terapie.

SLUŽBY PACIENTŮM V NOVÝCH PROSTORECH

prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA

Vedení Nemocnice České Budějovice, a.s. rozhodlo o vybudování společného centra infuzní terapie, anesteziologických ambulancí a ambulance pro léčbu bolesti.

Tento plán představil předseda představenstva MUDr. Břetislav Šhon na pracovní schůzce dne 26. 9. 2013, kde s uvedenou koncepcí byli seznámeni Ing. František Bostl, prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA, MUDr. Eva Lengálová a Bc. Jana Štěpánová. Následně se tito pracovníci s již přidělenými úkoly scházeli vždy jedenkrát týdně i za přítomnosti hlavní sestry Mgr. Moniky Kyselové, MBA. Významné úkoly se týkaly oblasti organizace práce, řízení, stavebních úprav a termínu stěhování a termínu spuštění jednotlivých provozů. Bylo zapotřebí seznámit se s provozem dosavadních pracovišť, kde byla dosud aplikována infuzní terapie, a prověřit kódování ve vztahu k pojišťovnám. Nakonec bylo nutné připravit Provozní řád.

Toto rozhodnutí respektuje plán postupného opouštění pracovišť v Dolním areálu a je v souladu se zvyšováním kvality a bezpečnosti péče o naše pacienty, podstupující ambulanci infuzní terapii. Uvedené opatření také sleduje zvýšení efektivity přípravy pacientů na anesteziologické ambulance a zlepšuje komfort i kvalitu činnosti ambulance pro léčbu chronické a neztížitelné bolesti.

Výše zmíněné centrum vzniklo v prostoru vedle ústavní lékárny nad Stanicí dárců krve s přístupem ze Schneiderovy ulice, s příslušnými parkovacími prostory. Tento komplex se nachází v prvním patře, přístupný schodištěm a výtahem. Skládá se z recepcce, dvou anesteziologických ambulancí, společnou čekárnou, dvou ambulancí pro léčbu bolesti se zákrokovým „sálkem“ a stacionářem a z prostorů pro aplikaci infuzní terapie o cca 14–15 aplikačních místech. Infuzní terapii se zde může podrobit zhruba 35–40 pacientů ve dvouhodinových cyklech v pracovní době.



Recepcce nového infuzního centra s ambulancemi bolesti je v režii anesteziologicko–resuscitačního oddělení. V nových prostorech jsou i kartotéky pacientů.

Provoz v anesteziologických ambulancích a ambulancích bolesti byl zahájen 1. 12. 2013.



Čekárna ambulancí pro léčbu bolesti byla na konci roku 2013 zatím prázdná. V ordinacích byl proto zatím čas na vyřízení potřebné administrativy. Na snímku MUDr. Ivana Netolická.



Součástí ambulancí pro léčbu bolesti jsou prostory denního stacionáře a zákrokový sálek.

Provoz centra infuzní terapie byl zahájen od 1. 1. 2014.



Centrum infuzní terapie je připraveno jak na lehčí pacienty, tak na ty, kteří potřebují léčbu na lůžku.
Oba prostory budou pod stálým dozorem sester.

Příslušná oddělení nyní ještě dokončují infuzní terapii již objednaných pacientů, postupně však dochází k převodu pacientů do nového centra. To v současnosti zcela pokrývá potřebu léčby infuzními terapiemi z nervového oddělení, z části z interního, dále ušního, nosního a krčního (ORL), gastroenterologického a pracovního lékařství. V součinnosti s vedením těchto oddělení máme zpracovaný jejich profil pacientů a s tím související požadavky na obvyklé způsoby infuzní terapie pro dané diagnózy.

Jedná se o plánovanou terapii, indikovanou rozhodnutím ambulantního lékaře příslušného oboru, který zapíše příslušnou ambulantní diagnózu a požádá o anesteziologické konzilium. Následuje objednání pacienta k provedení terapie.

Denně zde pracují 4 lékaři ARO a 4 sestry. Znamená to denní činnost 1 lékaře na každé z ambulancí, jedné sestry na recepci, jedné sestry pro činnost algeziologických ambulancí a 2 sester v centru infuzní terapie.

Nyní se provoz postupně rozbíhá a přes některé drobné nedostatky nevykazuje závažných komplikací. Podrobnější zhodnocení bude možné učinit až po uplynutí minimálně 1 roku činnosti.

Všem pracovníkům nemocnice, kteří se na chodu tohoto komplexu podíleli a podílejí, patří velké poděkování.

Foto Bohumír Langmaier

AKREDITACE CENTRÁLNÍCH LABORATOŘÍ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A.S.

MUDr. Miroslav Verner

Proces akreditace laboratoří v obecné rovině znamená ověření důvěryhodnosti. Jinak také zkoumání oprávnění k určité činnosti pověřenou autoritou (formou ověření systému řízení a definovaných podmínek pro činnost) a vydání stanoviska autority k provádění takové činnosti.

V podmínkách České republiky, potažmo jejího zdravotního systému a plátců péče, jde spíše o nástroj, jak zredukovat počet poskytovatelů (laboratoří) či alespoň úhrad. Ministerstvo zdravotnictví a plátcí zdravotní péče svou vyhláškou a rámcovými smlouvami již dva roky nastavují systém úhrad tak, že akreditované laboratoře mohou mít vyšší úhradu za poskytování zdravotní péče než ty neakreditované. V nové úhradové vyhlášce pro rok 2014 může tento rozdíl činit 20 haléřů na jeden bod.

Nemocnice před 18 měsíci určila akreditaci Centrálních laboratoří jako prioritu a přípravě k akreditaci věnovali všichni odpovědní pracovníci laboratoří v uplynulých měsících mimořádné pracovní úsilí. Nejprve došlo ke změně organizační a řídicí struktury směrem ke zjednodušení. Následovala akreditace systému řízení, kdy tento úsek navenek funguje jako jeden laboratorní celek, nikoli jako seskupení oborových laboratoří. Postupně jsou akreditovány jednotlivé laboratorní odbornosti. Centrální laboratoře se tímto „povinně“ dostávají do systému pravidelných dozorových auditů Českého institutu pro akreditace (ČIA) a po roce se již připravují v nejdříve akreditovaných odbornostech na reakreditaci.

Jak je z předchozího odstavce zřejmé, není proces akreditace Centrálních laboratoří a její udržení jednorázovou záležitostí, ale kontinuální činností, zaměřenou na kvalitu laboratorních procesů s důrazem na systém řízení kvality. Se zvyšujícími se požadavky na úroveň laboratorní medicíny¹ se poměrně dramaticky rozšiřují požadavky na laboratoře především dle nové verze normy ISO 15189 platné od tohoto roku, jejíž podmínky budeme muset splnit nejpozději v roce 2015. Reakreditace již budou probíhat v duchu této normy, kde se mimo jiné rozšiřují požadavky i mimo laboratoře na procesy před a po laboratorním vyšetření.

Tyto požadavky budeme postupně uvádět v život v celé nemocnici. V následujících několika letech nás proto čekají významné změny, které budeme muset kvalifikovaně zakomponovat do laboratorních i nemocničních procesů:

1. Elektronizace zdravotnictví přinese jako jednu z komponent elektronickou žádanku pro laboratorní vyšetření. Budeme řešit i preanalytickou a postanalytickou fázi vyšetření a další návaznosti na medicínské procesy.
2. Přestavba a redislokace laboratoří v rámci přesunu pracovišť z Dolního do Horního areálu zapříčiní změny řady procesů uvnitř Centrálních laboratoří.
3. Transfer znalostí z laboratorní medicíny do klinické praxe bude mít za důsledek efektivní využití těchto poznatků pro naše pacienty a personál.

Všechny tyto změny je potřeba dělat plánovaně tak, aby byla zajištěna integrita, požadovaná kvalita a maximální efektivita. Mimořádné nároky byly a jsou kladeny v popisovaném úseku na manažerku kvality Ing. Marii Kašparovou, vedoucí Laboratoře klinické chemie, která působí v roli koordinátora a integrátora. Velké nároky dopadly samozřejmě na veškeré pracovníky, jak řídicí, tak výkonné. Všem svým spolupracovníkům si dovoluji takto veřejně poděkovat.

Rovněž bych se rád touto cestou předem omluvil všem našim klinickým partnerům, pokud v následujících měsících vzniknou v souvislosti s rozsáhlými změnami přechodné nesnáze.

Cílem vedení nemocnice je maximální efektivita při dosažení požadované kvality. Výsledkem by měla být rychlá, kvalitní a medicínsky efektivní laboratorní diagnostika!

Věřím tomu, že bude trvale hrazena formou vyšší úhrady pro akreditované laboratoře. Finanční náklady spojené s akreditací jsou značné, tzn. v řádech milionů. Zjednodušená organizační struktura významně redukuje náklady nejen na provoz, ale též vlastní náklady spojené s akreditací a následnými reakreditacemi. Akreditace svou podstatou poněkud komplikuje potřebné provozní změny, především nutností jejich pečlivého plánování, ale s tím se dobře řízená organizace umí vyrovnat. Pro ty pracovníky, kteří ještě nezaregistrovali v řízené dokumentaci nemocnice naši novou strukturu, ji přikládám níže.



¹ Laboratorní medicína je v současnosti terminus technicus. Má své medicínské a laboratorní činnosti. Celosvětově je zastřešena institucí Mezinárodní federace klinické chemie a laboratorní medicíny (IFCC) a v Evropě Evropskou federací klinické chemie a laboratorní medicíny.

LABORATOŘE TRANSFUZNÍHO ODDĚLENÍ AKREDITOVÁNY

prim. MUDr. Petr Biedermann



V listopadu 2013 byl Českým institutem pro akreditaci (ČIA) úspěšně ukončen proces akreditace laboratoří transfuzního oddělení podle ČSN EN ISO 15189: 2007.

Pro pracovníky laboratoří Transfuzního oddělení to znamenalo více než rok intenzivní přípravy. Vytyčené cíle kvality byly zabudovány do nové předpisové dokumentace oddělení. Pracovníci absolvovali systematická školení a Transfuzní oddělení se podrobovalo

interním přezkumům kvality procesů. Mimo vlastní management kvality se akreditace zaměřovala na metody bezpečného předtransfuzního vyšetření, které zahrnují vyšetření krevních skupin, protilátek a zkoušky slučitelnosti včetně odběrů krevních vzorků.

Získání osvědčení o akreditaci je pro žadatele služeb laboratoří Transfuzního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. zárukou kvality, kterou je nutné průběžně udržovat a zvyšovat.



Nemocnice České Budějovice, a.s. se v roce 2013 účastnila ankety Nejlepší nemocnice – Žebříčky českých nemocnic, kterou už několik let pořádá občanské sdružení Health Care Institute. Od března do poloviny září měli pacienti jednak na lůžkových stanicích, jednak v ambulancích možnost vzít si podrobné dotazníky a anonymně hodnotit českobudějovickou nemocnici z hlediska poskytovací zdravotnické péče, komunikace se zdravotníky, kvality stravy a podobně.

Hospitalizovaní pacienti českobudějovické nemocnice vyplnili 772 ks tištěných a 50 ks elektronických dotazníků, v ambulancích 298 ks tištěných a 36 ks elektronických dotazníků. Zaměstnanci odeslali 233 ks elektronicky vyplněných dotazníků.

Českobudějovická nemocnice se umístila v Seznamu nemocnic, které dosáhly v hodnocení maximální počet pět hvězdiček (tj. více než 80% „patientská spokojenost“) v rámci Jihočeského kraje na třetím místě. Pořadí ve spokojenosti zaměstnanců tisková zpráva pořadatelské instituce neuvedla.

šot

PŘESTAVBA BUDOVY BÝVALÉHO BUFETU

Ing. František Bostl



V průběhu roku 2013 proběhla v Horním areálu přestavba objektu bývalého bufetu umístěného v parku u nájezdu sanitek k Centrálnímu pavilonu. V rámci této přestavby byl zastavěn původní vnitřní dvůr, budova dostala novou střechu s vestavbou podkroví, zateplení fasády a došlo ke kompletní rekonstrukci přízemních prostor. K objektu přibyla na jižní straně terasa krytá dřevěnou pergolou. V interiéru byla vyměněna okna, vchodové i všechny vnitřní dveře, podlahy, jsou tu nové rozvody elektřiny, vodovodu, kanalizace, a nové je i ústřední vytápění včetně plynového kotle. Po dokončení této rekonstrukce následovaly rozsáhlejší opravy přilehlých komunikací, a to jak příjezdové silnice k pavilonu C, tak i chodníků v okolí. V Horním areálu se tak staly posledními opravami cest; k časovému odkladu vedla obava z jejich poškození těžkou stavební technikou potřebnou při rekonstrukci budovy. Budova bude využita pro potřeby duchovního života pacientů a jejich blízkých.

Z „C“ DO „I“ SUCHOU NOHOU



V pondělí 16. 12. 2013 se na nádvoří Horního areálu objevila těžká technika. Vztyčoval se zde totiž spojovací můstek mezi Centrálním pavilonem a budovou Infekčního oddělení. Myšlenka spojit postupně jednotlivé pavilony do monobloku tak slavila další úspěch. V následující etapě bude „Céčko“ spojeno krytou chodbou i s pavilony Dětského a Chirurgického oddělení.

Ing. František Bostl + šot

DALŠÍ FÁZE NOVÉHO PERINATOLOGICKÉHO CENTRA

Těsně před vánočními představilo managementu Nemocnice České Budějovice, a.s. patnáct firem své nabídky, související s výstavbou nového perinatologického centra v Horním areálu. Předpokládaný termín zahájení výstavby tohoto objektu je jaro 2014.

Ing. František Bostl

ČESKOBUDĚJOVICKÁ NEMOCNICE NABÍZÍ RODIČKÁM VĚTŠÍ KOMFORT

prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA

V kontextu s rozvojem porodnické anestezie a analgezie v ČR, která sleduje zvýšení komfortu rodiček, bezpečnost a zlepšení kvality poskytované péče, bylo jedním z úkolů na rok 2013 zlepšení této péče i v Nemocnici České Budějovice, a.s. Jedná se o jeden ze systémových a koncepčních úkolů, tentokrát společně pro Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) a Gynekologicko-porodnické oddělení. Jde o metodický postup v oblasti porodů pervias naturales (porod přirozenou cestou), kdy se zajišťuje analgezie, a porodů ukončených císařským řezem.

Dovolte nejprve základní informace: V letech 2011–2012 bylo v ČR registrováno zhruba 108 000 porodů, z toho přibližně 25 % bylo ukončeno císařským řezem. Z toho většina (58 %) v akutní indikaci, ale významná část (43 %) i plánovaně. U 47 % císařských řezů byla podána celková anestezie, u 53 % regionální anestezie (neuroaxiální). Z regionálních technik (tzn. speciální anestezie okrsků těla) převažovala s 75 % anestezie spinální (do cest mozkomíšního moku) nad anestézií epidurální (vně plen mozkomíšních), která byla podána ve 25 %.

Rozmach porodnické analgezie a anestezie obecně začal v 90. letech minulého století. Tehdy vznikla Sekce porodnické analgezie a anestezie při České gynekologicko-porodnické společnosti (SPAA). Dále byla založena v rámci České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) expertní skupina porodnické analgezie a anestezie (SPAA). Ta zmapovala anesteziologickou situaci v českých porodnicích a koncem roku 2011 uskutečnila národní projekt OBAAMA-CZ měsíčního sledování anesteziologické činnosti na porodních sálech. Nechci dále zatěžovat statistickými údaji, avšak analýza ukázala, že oproti běžnému stavu ve světě se v České republice porodnická analgezie málo využívá a naopak jsou více používané techniky celkové anestezie u císařských porodů než techniky regionální. Na podkladě těchto poznatků jsme přistoupili k vypracování konceptu zlepšení této oblasti a k postupné implementaci nových poznatků v naší nemocnici. Zdůrazňuji požadavky na zvýšení bezpečnosti, zlepšení komfortu a kvality péče. Výsledné aktivity jsou dílem společné práce obou uvedených oddělení, a námi navržená strategie byla posouzena a schválena vedením společnosti.

Níže uvádíme data z Gynekologicko–porodnického oddělení českobudějovické nemocnice poskytnutá prim. MUDr. Petrem Sákem, Ph.D.

V posledních letech se počet porodů v českobudějovické porodnici pohybuje mezi 2 250–2 500. Protože naše porodnice je akreditované perinatologické centrum, má podobně jako jiná obdobná centra vyšší procento císařských řezů. Dlouhodobě se pohybujeme kolem 30 % provedených císařských řezů. I u nás převažují akutní císařské řezy.

Porodní analgezií jsme na našich porodních sálech využívali velmi málo, řádově

v jednotkách procent, v extrémním případě například jedenkrát za měsíc. Po zavedení výše zmíněných opatření se v posledních třech měsících počet podávaných analgezií zvýšil. V měsíci srpnu až říjnu 2013 proběhlo 545 porodů, z nichž u 60 byla využita porodnická analgezie. To představuje 11 %. Za toto období jsme provedli 168 císařských řezů, tj. operativním způsobem jsme ukončili 30,8 % porodů. U zbývajících 377 porodů jsme při využití 60 porodnických analgezií dosáhli téměř 16% využití této metody.

Teoretické informace pro zdravotníky

A. Techniky používané při porodní analgezií u spontánního porodu:

Jedná se především o neuroaxiální blokády (regionální anestezie – nejčastěji epidurální), dále pacientem kontrolovaná analgezie (PCA), použití farmak k ovlivnění analgezie, anxiozity a sedace, příp. inhalační analgezie (Entonox), v tomto pořadí.

B. Techniky používané při císařském řezu (SC):

Celková anestezie, kterou v celém konceptu chceme snížit, a dále metody neuroaxiálních blokad – spinální nebo epidurální anestezie, vč. kontinuálních metod.

Jaký byl postup naší aktivity? Po analýze a vyhodnocení situace v Nemocnici České Budějovice, a.s. proběhlo několik krátkých schůzek na úrovni obou oddělení, s postupným rozšířením na další zainteresované pracovníky, jmenovitě sestry a lékaře Anesteziologicko-resuscitačního a Gynekologicko-porodnického oddělení. V konceptu byly postupně odstraněny některé drobné překážky a v celém systému dostali konkrétní pracovníci své úkoly. Rovněž jsme připravili časový harmonogram postupu s implementací od července roku 2013.

Systém zahrnuje několik kroků: informování budoucí rodičky s nabídkou možnosti analgezie/anestezie. Poté, kdy o nové techniky projeví zájem, porodník zhodnotí vhodnost indikace. Konečně dostane informaci Anesteziologicko-resuscitačního oddělení, kde je pro tyto situace denně vyčleněn tým ve složení lékař a sestra. Po stanovení termínu porodu je využita některá z uvedených technik a porod probíhá v režii spolupráce Anesteziologicko-resuscitačního a Gynekologicko-porodnického oddělení.

V současné době jsme pokročili v obou oblastech, tj. spontánních porodů i používání regionálních technik v případě císařského řezu. Nyní měsíčně zajišťujeme porodní analgezií pro přibližně 25 až 28 rodiček, což býval v předchozích letech roční průměr. V oblasti císařských řezů se postupně zlepšuje poměr regionální a celkové anestezie ve prospěch regionální.

V době přípravy této informace, tj. koncem roku 2013, se zdá, že celý systém vcelku funguje. Jsme si však vědomi, že statistická data jsou pouze za několik předchozích měsíců. Kvalitnější vyhodnocení, včetně identifikace drobných nedostatků učiníme zhruba po uplynutí jednoho roku od zavedení systému.

Co nás ještě čeká? Především je potřeba udržet nastavený trend a dále dopracovat některé drobnosti v systému včasného ohlášení požadavku na porodní analgezií případně anestezii. Zdravotnický personál vstupuje do přednemocniční fáze, kde připravuje informace o možnostech porodní analgezie a anestezie pro předporodní kurzy rodiček. Zde pracujeme v součinnosti s Oblastním spolkem Českého červeného kříže v Českých Budějovicích. Na přípravách se podílejí porodní asistentky Gynekologicko-porodnického oddělení a lékaři-anesteziologové. Tyto kurzy probíhají čtyřikrát měsíčně, vždy ve čtvrtek od 15:00 hod. v budově Českého červeného kříže.

Ještě mi dovoluňte za dosavadní odvedenou práci velice poděkovat všem pracovníkům obou zainteresovaných oddělení, kteří se na uvedeném konceptu a následné realizaci podíleli a podílejí a do budoucna ho jistě budou rozvíjet.

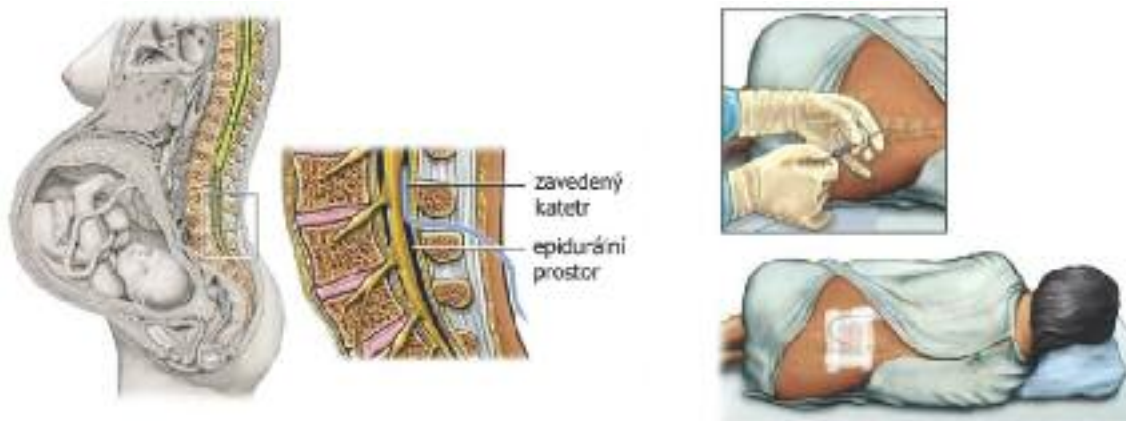
CO JE TO EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE?

MUDr. Iva Staňková

Epidurální analgezie znamená tlumení porodních bolestí podáním malé dávky znečítlivující látky tenkou jehlou přes kůži do epidurálního prostoru páteře. Tím se zmírní vnímání porodních bolestí, ale celkový stav rodičky a plodu se téměř neovlivní. Vhodná doba pro podání epidurální analgezie je dříve, než začnou nejsilnější porodní bolesti. Po 10–20 minutách ucítí rodička zmírnění porodních bolestí, takže děložní stahy cítí jen jako mírný tupý tlak. Úplné znečítlivění (anestezie) není vhodné, protože by zpomalilo průběh porodu. Porod tedy není zcela bezbolestný, ale mnohem méně bolestivý. Jedna dávka analgetické směsi podaná do epidurálního prostoru působí 60–120 minut. Jakmile začne účinek odeznívat, požádá žena o další dávku.

Se zavedeným katétrek lze během I. doby porodní měnit polohu na porodním lůžku i chodit.

Přednost tohoto způsobu tlumení bolesti spočívá v tom, že nevyřadí nutkavý pocit k tlačení během II. doby porodní, takže maminka může po celou dobu aktivně spolupracovat. Po porodu porodní asistentka epidurální katétrek ze zad hladce a bezbolestně odstraní.



Přednosti epidurální analgezie:

- ✓ Přináší dobrou analgezi pro matku a neovlivňuje negativně plod.
- ✓ Epidurální analgezi je možné přidáním silnějšího anestetika do katétru změnit na epidurální anestezii (úplné znečítlivění) – například při potřebě císařského řezu, aniž by to pro rodičku znamenalo další zatížení celkovou anestezii.
- ✓ Je výhodná zvláště u rodiček s chronickým onemocněním nebo pokud se u nich vyskytly během těhotenství některé komplikace (bronchiální astma, cukrovka, vysoký krevní tlak, některé oční choroby, některé neurologické choroby, zejména epilepsie). Je vhodná rovněž při závislosti na drogách. Dále v situacích, kdy se jedná o předčasný porod, vícečetné těhotenství, nedostatečnou funkci placenty, nedostatečně vyvinutý plod, polohu plodu pánevním koncem. Mezi další situace, kdy epidurální analgezie příznivě ovlivňuje porod, patří uměle vyvolaný porod, nesprávná činnost dělohy („nepostupující porod“) a stavy, u nichž lze čekat nutnost operačního výkonu, stav po operaci děložního hrdla, umělé ukončení těhotenství v pokročilém těhotenství a konečně porod mrtvého plodu.

Možná rizika epidurální analgezie:

- ✓ Některé maminky mohou po porodu pociťovat bolest v zádech v místě vpichu epidurální jehly. Tato bolest odezní většinou spontánně během několika dnů.
- ✓ Jednou z možných komplikací (v 1 % až 3 % případů) u epidurální analgezie je proniknutí jehly přes tvrdou plenu do mozkomíšního moku. V tomto případě se mohou po porodu objevit silnější bolesti hlavy.

- ✓ Léčba (pitný režim, analgetika, eventuální zalepení otvoru v tvrdé pleně tzv. záplatou z vlastní krve), je dobře účinná.
- ✓ Závažné komplikace, jako je krvácení do páteřního kanálu, neurologické komplikace nebo infekce jsou možné, ale naštěstí velmi vzácné.

Epidurální analgezií nelze provést u osob trpících alergií na léky, které se k analgezií užívají. Výkon nelze provést u rodičky s nedostatečným srážením krve (porucha krevní srážlivosti vrozená nebo získaná). Výkon dále znemožňuje infekce kůže v místě vpichu. Punkci epidurálního prostoru a zavádění katétru mohou ztížit deformity páteře nebo výrazná nadváha rodičky.

Aplikaci určuje porodník podle dosavadního průběhu porodu, výkon provádí anesteziolog. Při podání epidurální analgezie je nutná dobrá spolupráce rodičky s anesteziologem.

ZÁKAZNICKÁ KARTA UŠETŘÍ PACIENTŮM PENÍZE

Ing. Martin Bláha, MBA



Nemocniční lékárna ve vstupní hale Horního areálu vydává od září 2013 zákaznickou kartu. Pacienti ji mohou získat přímo v lékárně nebo na vyžádání u lékařů nemocnice.

Vlastní pořízení karty zájemce nic nestojí a nezatěžuje ho ani administrativně. Zákaznická karta je přenosná a při použití v českobudějovické lékárně její držitel automaticky získá například slevy na nákup léků, zdravotnických pomůcek či doplňků stravy, ale i slevu na samotné recepty. Navíc pokladní paragon z této lékárny je opatřený číselným kódem a při výjezdu z centrálního parkoviště před vstupní halou do horního areálu nemocnice automaticky prodlouží bezplatné parkování o 120 minut, tedy celkem až na tři hodiny.

Díky spolupráci sester a lékařů z jednotlivých oddělení nemocnice přináší nový motivační systém značné úspěchy. Především se podařilo výrazně, o 45 %, zvýšit počet odebraných léků na recept z nemocniční lékárny.

Snažíme se, aby se nemocniční lékárna chovala na trhu stejně jako ostatní lékárny. V novém roce proto budeme nadále organizovat různé zvýhodněné akce pro zákazníky lékárny. Chceme využít i toho, že českobudějovická veřejná nemocniční lékárna je jedinou lékárnou v Jihočeském kraji, která zajišťuje nepřetržitý provoz včetně víkendů a svátků.

NEMOCNICI ČEKÁ REFORMA EKONOMICKÉHO INFORMAČNÍHO SYSTÉMU

Ing. Martin Bláha, MBA

Od podzimu 2013 se Nemocnice České Budějovice, a. s. intenzivně připravuje na zásadní reformu ekonomického informačního systému. Jejím cílem je zjednodušit, zpřehlednit a maximálně automatizovat proces zpracování ekonomických informací.

Hlavními výhodami reformovaného informačního systému budou nový objednávkový systém zdravotnického materiálu, elektronické objednávání léků z ústavní lékárny nebo zavedení systému umožňujícího nahlašování běžných poruch a závad stavebního charakteru.

Dopad systému pocítí zejména pracovníci konkrétních oddělení nemocnice, kterým se značně zjednoduší práce. Postupně díky němu dojde k nasazení nového objednávkového systému zdravotnického materiálu, který bude propojen s účetnictvím, dále pak k elektronickému objednávání léků z ústavní lékárny a zavádění tzv. HelpDesku, který bude

sloužit k nahlašování běžných poruch a závad stavebního charakteru, vznášení požadavků na opravy a servis zdravotní techniky. Na HelpDesk budou zaměstnanci nemocnice postupně také vznášet všechny ostatní provozní požadavky, pro které nyní pracovníci využívali papírové formuláře.

Díky novému objednávkovému systému dojde i k postupnému nasazení nové a funkční spisové služby, která bude řídit informační tok důležitých dokladů.

Pro podnik naší velikosti je tato elektronizace nezbytná, protože umožní vysokou míru automatizace zpracování všech ekonomických informací a standardizovaný kontrolní systém. Na řízení všech těchto změn se podílí statutární auditor společnosti. V souvislosti se zavedením nového systému bych chtěl poprosit všechny zaměstnance jak o spolupráci, tak o jejich shovívavost zejména v době uvádění do provozu nového systému.

Autor je ekonomickým ředitelem Nemocnice České Budějovice, a.s. a místopředsdou představenstva.

STALO SE

ZLATÁ ŠUPINA PRO PRIMÁŘE MUDr. JANA SATTRANA



29. října 2013 byla poprvé udělena v Alšově jihočeské galerii v Hluboké nad Vltavou Cena hejtmana u příležitosti oslav 95. výročí vzniku samostatného československého státu. Forma ceny – Zlatá šupina představuje pomyslný symbol štěstí a koresponduje s rybníky, dotvářejícími krásu zdejšího regionu. Mezi prvními oceněnými byl primář Očního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Jan Sattran. Hejtman Jihočeského kraje se mu rozhodl předat cenu, protože se více než tři desetiletí soustavně věnuje

nejen péči o své pacienty, ale také vědě a vzdělávání nových lékařů v oblasti oftalmologie. S nemalým nasazením lékařů pod jeho vedením se Nemocnici České Budějovice, a.s. daří zajišťovat nepřetržitou lékařskou pohotovost včetně zvládnutí bezprostředního ošetření všech typů otevřených poranění oka pro celý Jihočeský kraj.

Tiskové materiály Jihočeského kraje

P. S.: Protože pan primář MUDr. Jan Sattran je nadšeným rybářem, věříme, že mu Zlatá šupina udělala dvojnásobnou radost. Nemocniční zpravodaj se ke gratulantům rád připojuje. **šot**

PODĚKOVÁNÍ Z PLZEŇSKÉ ZÁCHRANKY



Redakci Nemocničního zpravodaje adresovali členové Vodní záchranné služby na přehradě Hracholusky na Plzeňsku milý mail, abychom na svých stránkách uveřejnili poděkování Mgr. Ivě Vachtové z Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. O víkendu 3.–5. 8. 2013 odsloužila bezplatně službu včetně několika výjezdů na zásahovém člunu a pomáhala při pátrací akci za bouřky a krupobití, která měla naštěstí dobrý konec. Paní Iva Vachtová podle vedoucího směny MUDr. Lucie Běhounkové podala mimořádný profesionální výkon a udělala tak dobré jméno českobudějovické nemocnici. **šot**

GAMMAMEDPLUS IX NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ

MUDr. Ivona Mrázová, MBA, MUDr. Petr Vítek



Od července 2013 je na Onkologickém oddělení k dispozici nový přístroj GammaMedPlus iX od americké firmy Varian. Jedná se o nový přístroj pro brachyterapii se zdrojem HDR Ir 192 - GammaMedPlus iX (přístroj s vysokým dávkovým příkonem). Tento přístroj slouží pro aplikaci brachyterapie metodou automatického afterloadingu. Předchozí Gammamed byl používán od roku 1993 do roku 2013. Stávající nový přístroj GammaMedPlus iX je 5 kanálový, z toho 2 kanály jsou pouze pro použití na plicní aplikace, další 3 kanály slouží pro další obvyklé aplikace brachyterapie: především v indikaci gynekologické, punkturny prsu, ORL aplikace, kožní aplikace, nenádorová brachyterapie (keloidy).

Tento přístroj pro brachyterapii je jediný v celém Jihočeském kraji, tím je pro jihočeský region zajištěna dostupnost kompletní radioterapie, tedy teleterapie a brachyterapie. Léčba brachyterapií je nenahraditelnou léčebnou metodou a dostupnost této léčby též podmiňuje udržení statutu Komplexního onkologického centra v naší nemocnici.

Do budoucnosti plánujeme up grade přístroje na 24kanálový, plán léčby nebude muset být rozdělován do několika subplánů pro trojici aplikátorů jako dosud, tím bude zkrácena celková doba ozáření a zároveň bude minimalizováno riziko vzniku chyby v plánování brachyterapie.

KOLEČKO KOLEM DOKOLA



Nadační fond Kolečko, zaměřený na pomoc zraněným dětem, předal 9. října 2013 MUDr. Petru Toufarovi za účasti českobudějovických novinářů akumulátorovou skeletální vrtačku. Přístroj využívají traumatologové při operacích zlomenin dětských pacientů. Malé slavnosti se účastnila také „tvář nadace“ herečka Linda Rybová. Předsedkyně správní rady nadačního fondu Linda Jandová během tiskové konference řekla: „*Rádio Blaník každý rok v předvánočním čase pomáhá prostřednictvím svých posluchačů neziskovým organizacím. Na sklonku roku se významné pomoci dostalo i našemu fondu, který získal šek na 180 tisíc korun jako zisk z prodeje speciálního trojkompletu CD neznámějších vánočních písní a koled. Správní rada Nadačního fondu Kolečko rozhodla poskytnout tuto částku na nákup skeletální vrtačky Colibri*

v hodnotě 197 tisíc korun pro Centrum dětské traumatologie v Českých Budějovicích.“ Nadační fond obdobné zařízení českobudějovické nemocnici daroval již jednou. S potěšením i nadsázkou lze tedy říci, že Kolečko obdarovává naši nemocnici „kolem dokola“. Děkujeme.

NOVÝ PŘÍSTROJ PRO ORTOPEDY

Od podzimu 2013 pracují ortopedi v českobudějovické nemocnici s novou vrtačkou za více nežli 300 000 korun. Vícefunkční zařízení Electric Pen Drive od firmy Synthes se skládá z konzole, na které je možné regulovat otáčky, použít efekt momentového klíče, irigační systém a motorovou jednotku v ergonomickém tvaru tužky. Sestava dále obsahuje nástavce na vrták, pilu, frézu a šroubovák, několik typů a velikostí sagitálních a oscilačních pilek, vrtáků a fréz.

Systém je využíván hlavně ve specializacích chirurgie nohy, ruky a v dětské ortopedii. Díky tomuto zařízení lze provádět zásah na drobných kostech ruky, nohy a dětském skeletu s maximální přesností a šetrností k ostatním tkáním, tím dosáhnout rychlejšího hojení a omezit komplikace.

Elektrický pohon umožňuje pohodlnější a přesnější ovládání, snadnější údržbu, slibuje minimální poruchovost i delší životnost než přístroje pneumatické. Protože Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. provede zhruba 260 operací nohy, 250 operací ruky a kolem 40 operací dětských pacientů, není pochyb o vhodnosti této přístrojové investice.

ANESTEZIOLOGOVÉ MAJÍ K DISPOZICI DVA NOVÉ BRONCHOFIBROSKOPY

Tyto flexibilní optické přístroje za bezmála půl milionu korun používají anesteziologové k ošetřování dýchacích cest u těžce nemocných, kteří jsou zaintubováni. Mají tedy zajištěné dýchací cesty rourkou zavedenou do trachey, případně mají tracheostomickou kanylu. Ošetřování bronchofibroskopem spočívá v aplikaci léků do plic a odsávání sekretů. Přístroje jsou používány denně.

prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA

KOŽNÍ ODDĚLENÍ POD JEDNOU STŘECHOU

Ing. František Bostl, prim. MUDr. Jiří Horažd'ovský, Ph.D.

V Horním areálu byly v souvislosti se stěhováním ambulancí kožního oddělení z Dolního areálu dokončeny stavební úpravy v přízemí pavilonu O, kde došlo po přestěhování ambulancí rehabilitačního oddělení do pavilonu R k drobným dispozičním úpravám a především k vybudování nového samostatného vstupu s novou venkovní rampou. V upravovaných prostorách jsou mimo jiné nové rozvody elektroinstalace a nové podlahové krytiny. Současně byla u nového vstupu vybudovaná i recepce místností archivu a kartotéky.



Vchod na kožní oddělení v pavilonu O.



Recepce kožního oddělení.



Ambulantní část kožního oddělení.



Ambulance pro profesionální dermatózy.

V pavilonu O jsou tedy nyní oddělení následné péče I, rehabilitační a právě kožní. Tento krok znamenal opětovné spojení lůžkové a ambulantní části do jedné budovy. Zůstalo zachované kompletní spektrum ambulantních a konziliárních služeb.



Základní sálko kožního oddělení.



Ambulance pro fototerapii.

AMBULANCE PRO MALÉ PACIENTY NOVĚ V BUDOVĚ DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ

Od 1. 12. 2013 je třikrát týdně v provozu ordinace pro onemocnění ušní, krční a nosní nově v budově Dětského oddělení. Personál oddělení ORL českobudějovické nemocnice zde zajišťuje péči v celém rozsahu dětské otorinolaryngologie kromě audiometrie. Ordinace funguje v pondělí (12–13 hod.), ve středu (12–13 hod.) a v pátek (13–14 hod.).

prim. MUDr. Pavel Pavlíček

1. ledna 2014 se z původních prostor v budově G Dolního areálu do budovy Dětského oddělení přestěhovaly ambulance dětské a dorostové psychiatrie a dětské klinické psychologie. Ambulance se věnují péči o dlouhodobě psychicky nemocné děti a adolescenty, poskytují péči při náhle vzniklých životních krizových situacích a zabezpečují konziliární činnost na dětském oddělení. Jejich provoz je každý všední den od 7 do 15 hodin.

prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

JEDNOU VĚTOU

VÝSTAVA MŮJ NOVÝ ŽIVOT PhDr. Marie Šotolová

Od poloviny srpna do půlky září 2013 byla v respiriích Domu kultury Metropol v centru Českých Budějovic otevřena výstava Můj nový život, kterou tvořily umělecké fotografie



Kamily Berndorffové. Šlo o součást stejnojmenného charitativního projektu na pomoc dětem léčeným pro zhoubné nádorové onemocnění. Soubor velkoformátových barevných snímků představoval nemocné děti, či spíše starší dívky v roli modelek. Některé z nich byly na vernisáži přítomné a nyní už uzdravené vyprávěly, jaký pro ně mělo fotografování v těžkých chvílích terapeutický význam a jak si ho užily. O patro níž přitahovaly pozornost kartony, kde děti kreslily samy sebe, jak se v době nemoci viděly.

Přestože šlo o záběry, pořízené ve Fakultní nemocnici Motol, nezapomněli organizátoři z nadace Národ dětem ani na českobudějovické nemocné. Vernisáži předcházelo „Přepychové odpoledne“ ve zdejší pobočce Porsche, kdy se



děti se svými rodiči mohly projíždět v luxusních vozech proslulé značky. Navíc dostaly od firmy milé suvenýry. Za obě akce poděkoval vedoucí lékař hematologické jednotky Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Pavel Timr.

SNÍDANĚ S NOVINÁŘI



17. září se v Nemocnici České Budějovice, a.s. setkali na pracovní snídani členové vedení s českobudějovickými novináři. Doc. MUDr. František Vorel, CSc., Mgr. Jiří Jarušek a MUDr. Jaroslav Novák, MBA se věnovali zákonům, které upravují právo na informovanost a povinnost zachovávat lékařské tajemství i osobní údaje hospitalizovaných. Na závěr seznámil Ing. Martin Bláha, MBA přítomné s dalšími projekty rozvoje nemocnice.

šot

PUTOVNÍ VÝSTAVA MALEB DĚTSKÝCH PACIENTŮ

PhDr. Marie Šotolová



Krásně upravený soubor kreseb a maleb, které vznikly pod vedení Mgr. Jany Příhodové na lůžkách dětského oddělení českobudějovické nemocnice, těšil půl roku snad každého, kdo je mýjel. Nejdříve – od 28. srpna 2013 zákazníky papírnickví firmy Plojhar v historickém středu města.



Od října do Vánoc obrázky obdivovali lidé ve vstupních prostorech nemocnice. Vernisáže se 22. 10. 2013 účastnili (na fotografii zleva) 1. náměstkyně hejtmána Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví Mgr. Ivana Stráská, předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Břetislav Šon, hejtmán Jihočeského kraje Mgr. Jiří Zimola a organizátorka akce

Mgr. Jana Příhodová.

O úspěchu svědčí četné zápisy v pamětní knize. Autorka nejhezčího vzkazu (vpravo) dostala poté jeden z obrázků jako dárek.



NOVÁ ČLENKA ETICKÉ KOMISE

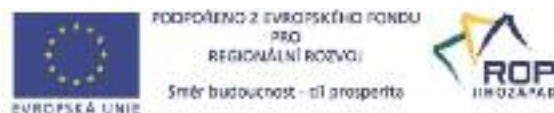
1. 11. 2013 jmenoval předseda představenstva novou členkou Etické komise Nemocnice České Budějovice, a.s. paní Martu Linhartovou, která pracuje jako sekretářka Soudnělékařského oddělení českobudějovické nemocnice.

BUDOVA DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ NA VÝSTAVĚ



Od 4. do 16. listopadu zhlédli návštěvníci knihovny Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích projekty podpořené z Evropské unie prostřednictvím Regionálního operačního programu NUTS II Jihozápad. Výstavu organizoval Úřad Regionální rady regionu soudržnosti Jihozápad. Jeden z panelů patřil novostavbě Dětského oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. S podobou budovy se tak mohli během putovní výstavy seznámit lidé postupně v plzeňské ZOO,

na zbirožském zámku, v písecké Sladovně, na českokrumlovské radnici, v klatovské jezuitské koleji a právě v českobudějovické univerzitní knihovně.



šot

KONCERT PRO JIHOČESKÉ DÁRCE KRVE

PhDr. Marie Šotolová



5. 11. 2013 se od 19.00 hodin konal v Koncertní síni Otakara Jeremiáše v Českých Budějovicích již osmý koncert pro jihočeské dárce krve. Bez nároku na honorář vystoupil českobudějovický Rozhlasový swingový orchestr Václava Hlaváče s programem swingových, tanečních a muzikálových melodií.

Stejný úspěch jako písničky měly i koláčky, podá-



vané s úsměvem Oblastním spolkem Českého červeného kříže. Kromě zmíněné organizace a nemocnice se na akci podílela Jihočeská komorní filharmonie, která poskytla své prostory, dále to byl Český rozhlas České Budějovice se svým moderátorem Ivanem Studeným, finančně akci podpořila formou osobní záštity 1. náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje Mgr. Ivana Stráská a primátor města Mgr. Juraj Thoma. Oba byli na akci přítomni spolu se dvěma stovkami dárců krve.

Kromě hudebních zážitků a příjemných chvil, strávených o přestávce s přáteli, si lidé odnesli také slova hematologa MUDr. Ivana Vonkeho, MBA, ředitele Interních oborů českobudějovické nemocnice. Ve své úvodní řeči totiž emotivně poděkoval všem přítomným, že také díky jim normálně a plnohodnotně žije jedna mladá žena s he-

molytickou anemií, léčitelnou pouze pravidelnými transfuzemi krve. Během svého života jich přijala neuvěřitelných šest set. Díky této možnosti nejenže je na světě, ale stala se ve svých 35 letech šťastnou mámou roční holčičky. Ačkoliv nikdo nebyl schopen garantovat zdraví dítěte, vše dopadlo dobře. Ona paní však bude potřebovat ještě mnoho set krví, aby svou dcerku vychovala. Větší uznání s výzvou nemohlo zaznít.

Závěrem citace dopisu, který přišel hned následující dny: „Dobrý den, mám milou povinnost poděkovat za včerejší krásný koncert pro dárce krve. Líbil se nejen nám (z Borovan), ale i celé naší poslední řadě v hledišti. Ačkoliv jsme se předtím neznali, dobře jsme si rozuměli právě díky hudbě. Růžena Hovorková, MS ČČK Borovany.“

Foto Přemysl Fejfar

SLAVNOSTNÍ UZAVŘENÍ ROKU 2013

Top a střední management Nemocnice České Budějovice, a.s. se po roce setkal na koncertu, který se uskutečnil v rámci slavnostního zakončení kalendářního roku 2013. V Koncertní síni Otakara Jeremiáše vystoupila 18. listopadu zdejší Jihočeská komorní filharmonie s dirigentem Petrem Chromčákem. Svěží árie ze světového operního repertoáru přednesla půvabná Slovenka, mezzosopranistka Alena Kropáčková.



Po ovacích následoval tradiční přípitek předsedy představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. v restauraci hotelu Malý pivovar. MUDr. Břetislav Shon poděkoval všem přítomným a jejich kolegům za zvládnutí roku 2013, přestože na začátku roku měli všichni obavy z finančního plnění kvůli výši stanovených úhrad lékařských výkonů ze strany zdravotních pojišťoven. MUDr. Břetislav Shon však zdůraznil, že náročné období čeká nemocnici i v roce následujícím. Přípitek tedy patřil zaměstnancům s odvahou řešit problémy, tak jak přicházejí a brát je spíše jako výzvy k novým způsobům vedení pracovních týmů nežli jako nepřekonatelné potíže.



ABY DĚTI NESMUTNILY

Jako každý rok také letos navštívila od podzimu Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. řada sponzorů, aby přispěla zdejším pacientům k lepší náladě na nemocničních lůžkách. Byli jsme u toho ☺.



V polovině srpna sice bylo venku teplo, ale mezi děti přijel Měďa Nebojsa. Rozverně divadélko dvou herců z Divadla Josefa Kajetána Tyla v Plzni o hledání kamaráda sponzorovala firma BSJ group, s.r.o., která kromě zdravotnické techniky instaluje v nemocnicích rozvody medicínských plynů.



šot

Ve středu 9. října 2013 navštívili dětskou onkologii **FOTBALISTÉ DYNAMA** spolu s generálním manažerem klubu Karlem Poborským, kde předali pacientům šek na 11.000 Kč, které mezi sebou v kabině vybrali. Za část peněz navíc koupili dětské stolní hry a vše doplnili také propagačními předměty klubu.



celé akce Jana Mádla a Radka Bartušky z partnerské společnosti zabývající se výrobou webových stránek až v říjnu. Dlužno dodat, že to není první velkorosý dar, který tato dobročinná organizace zdějši nemocnici předala. Hlavní hvězda, Jiří Mádl, se snažil osazenstvo pokojů rozptýlit i svými vzpomínkami na vlastní zdravotní karamboly.

www.exhibice.cz



navštěvuje 83 zdravotních klaunů pravidelně 65 českých nemocnic a ročně tak potěší více než 70 tisíc dětských pacientů. Zdravotní klauniády probíhají individuálně, pro každého pacienta zvlášť. Cílem je odreagovat děti od strachu a napětí, které mohou v nemocnici zažívat. Na snímku jsou „doktorka Gusta Hustá“ (Sylva Malinková) a „sestra Sladěná“ (Stáňa Kočvarová).

Petr Pokorný



Těsně před Štědrým večerem přišla na hematoonkologickou jednotku Dětského oddělení místo ježíška modelka Vladka Řepková. V rámci cesty své **NADACE VLAĐKA DĚTEM** po českých nemocnicích přinesla zdejším pacientům plnou náruč dárků. Protože shodou okolností leželi na jednotce pouze chlapci, měla zvlášť velký úspěch s knížkami o fotbale a s autogramy svého manžela Tomáše Řepky. Ze zákulisí prozrazujeme, že se naše nemocnice paní Řepkové a jejímu doprovodu, kde nechyběl ani medailista soutěže Muž roku Adam Nitschmann, velmi líbila a paní vrchní ráda odpovídala na zvědavé otázky, od kdy tento krásný pavilon Jihočechům slouží.

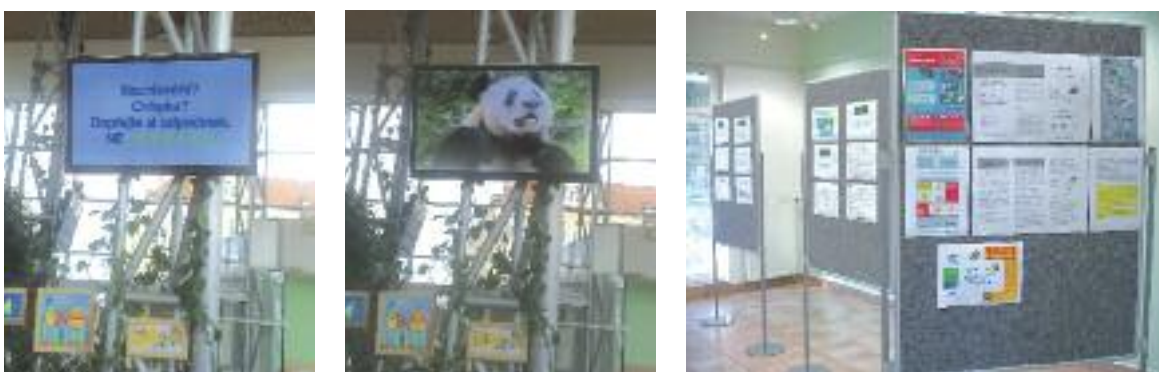
šot

EVROPSKÝ ANTIBIOTICKÝ DEN

MUDr. Magdalena Horníková

Již šestým rokem je Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control) vyhlášen 18. listopad jako Evropský antibiotický den (EAAD – European Antibiotic Awareness Day). Počínaje loňským rokem je jeho platnost prodloužena na celý následující týden, ve kterém se ve všech zemích Evropy konají akce upozorňující na narůstající hrozbu ztráty účinnosti aktuálně dostupných antibiotik.

K této aktivitě se každoročně připojuje i Nemocnice České Budějovice, a.s. Letos běžel v hlavní vstupní hale od 18. do 24. listopadu videospot s kýchající pandou, upozorňující na nevhodné užívání antibiotik v terapii infekcí virové etiologie. Videospot se také podařilo díky pochopení ředitele českobudějovického Domu kultury Metropol ing. Petra Holby umístit pro širší veřejnost na obrazovku vestibulu této budovy.



Ve výstavních prostorech v nemocniční vstupní hale měli lidé k dispozici i tištěné materiály, poskytující aktuální data o bakteriální rezistenci a jejím vývoji v čase u vybraných původců (*Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* a *E. faecium*, *Klebsiella pneumoniae* a *Pseudomonas aeruginosa*) v jednotlivých zemích Evropy. Jednalo se o výsledky vyšetření citlivosti/rezistence sbírané od roku 1989 u invazivních původců (izolovaných z hemokultur, případně liquoru), které jsou čtvrtletně elektronicky odesílány a centrálně zpracovávány ve Stockholmu ve Švédsku. Získané údaje o antibiotické rezistenci invazivních kmenů vybraných druhů jsou základním nástrojem pro výběr antibiotik volby k léčbě infekcí a slouží také k zavedení postupů ke snížení frekvence rezistence, prevenci šíření rezistentních kmenů a ke kontrole účinnosti těchto opatření. Této aktivitě se od počátku pravidelně účastní i bakteriologická laboratoř naší nemocnice.

Další akce informačního charakteru byla připravena i pro lékaře v rámci pravidelného setkání Týmu pro antibiotickou politiku českobudějovické nemocnice. Zde jsme zdůraznili souvislost nárůstu rezistence s nárůstem spotřeby antibiotik, která lékaři mnohdy předepisují zbytečně, bez předchozího vyšetření a průkazu původce, bez cíleného a včasného switchu po získání konkrétních agens a stanovení jejich antibiogramů, přičemž se může chybovat i ve volbě velikosti terapeutické dávky. Díky prezentaci lékaři získali porovnání aktuálních dat týkajících se vývoje spotřeby a stavu rezistence vybraných původců v Nemocnici České Budějovice, a.s. v letech 2010–2012.

Nemocnice České Budějovice, a.s. vydala u příležitosti Evropského antibiotického dne i tiskovou zprávu upozorňující na problematiku narůstající antibiotické rezistence. Další informace k tématu byly k vyhledání i na webových stránkách Nemocnice.

Problém multi- až panrezistence dostává lidstvo do předantibiotické éry a již existující kmeny rezistentní ke všem současně dostupným antibiotikům. Takové kmeny lze nalézt v řadě turisticky atraktivních, nepříliš vzdálených a ekonomicky nenáročných destinacích (např. v Řecku), které občané České republiky navštěvují a vzniká tedy reálná možnost takové kmeny akvizovat a při repatriaci importovat do našich nemocnic. V některých již

byly bohužel prokázány. Vedle jejich aktivního vyhledání pak přichází ke slovu i důležitost dodržovat epidemiologická opatření a zamezit šíření těchto kmenů v nemocnicích.

Evropský antibiotický den/týden má jistě co říci jak odborné, tak laické veřejnosti a má napomoci přimět lidstvo k obezřetné aplikaci antibiotik.

Foto ing. Pavel Sládek + šot

STONOŽKA REKORDNÍ

Mgr. Milan Beníšek



Dětští pacienti se svými pedagogy opět připravili na týden od 9. prosince 2013 do školní třídy na Dětském oddělení českobudějovické nemocnice spoustu výrobků, které potěšily návštěvníky, především z řad zdravotnického a technického personálu. Všichni jako vždy obdivovali tradiční i zcela nové drobnosti z přírodních materiálů, papíru, látek či keramiky.

Vánoční dárečky nabízely v obou areálech nemocnice studentky českobudějovické Střední zdravotnické školy, což je pro Stonožku vítaná pomoc.

17. ročník dobročinné akce přinesl rovněž díky mediální podpoře vysokou částku 16 817,- Kč. Sumu 4935,- Kč poukázali organizátoři na Stonožku – Hnutí na vlastních nohou. Větší část zůstává v nemocnici na nákup materiálů pro další výtvarnou a pracovní činnost, her a hraček. Poděkování za podporu akce náleží primáři Dětského oddělení MUDr. Vladislavu Smrčkovi a samozřejmě všem přispěvovatelům.

DEN ZDRAVÍ S VZP

PhDr. Marie Šotolová

Nepřehlédnutelnou preventivní akci zaměřenou na kardiovaskulární choroby připravila na 11. prosince 2013 Všeobecná zdravotní pojišťovna. Od rána využívali lidé možnost nechat si změřit ve vstupní hale nemocnice cholesterol. V případě vyšších hodnot následoval rozhovor o způsobech, jak jeho hladinu snížit. Kromě této služby si mohli zájemci prohlédnout výstavu, kde se dozvěděli, kolik peněz poslala VZP českobudějovické nemocnici na léčbu kardiovaskulárních chorob, které mají se zvýšenou hladinou cholesterolu úzkou vazbu. V roce 2012 uhradila VZP na léčbu těchto onemocnění jen v českobudějovické nemocnici téměř 700 milionů korun.



Dětem a jejich dospělému doprovodu přivezla VZP hříčku o zlobivém Honzíkovi Vyskočilovi, který si nechtěl čistit zoubky, a už vůbec se mu nelíbilo zubařské křeslo, ale nakonec se ukázal jako statečný kluk, který své zoubky zachránil.

Foto: Viktor Lavička + šot

KDO JE KDO

„KVALITA, LIDSKOST, ÚSMĚV PRO KAŽDÉHO...“

PhDr. Marie Šotolová



Motto dačické nemocnice předznamenalo rozhovor s její ředitelkou MUDr. Miroslavou Člupkovou. Nebylo však nutné jet si pro rozhovor až na samý konec Jihočeského kraje. Jako členka představenstva akciové společnosti Nemocnice České Budějovice bývá totiž na našich chodbách k vidění minimálně jednou za týden, kdy tu úřaduje.

Paní ředitelko, jak jste se dostala k medicíně?

Protože pocházím z lékařské rodiny, tak jsem otci, který měl praxi, pomáhala snad už v patnácti. Protože jsem vyrůstala na Berounce, kde o víkendech Pražáci s chutí skákali po hlavě do vody, stříhali jsme s tátou kštice a svorkovali jako diví.

Původem jsem Jihočeška, která od svých šesti let vyrůstala ve Středočeském kraji. Do jižních Čech jsem se dostala zpět, až když jsme v Jindřichově Hradci restituovali dům. Syn byl často nemocný a z obavy o jeho zdraví jsme se rozhodli přestěhovat se do zdravějšího prostředí na jih Čech.

Vy jste ale do Prahy za prací stále dojížděla.

Ano. Po absolvování Lékařské fakulty Univerzity Karlovy jsem atestovala v roce 1988 z hygieny a epidemiologie a za jedenáct let ještě z veřejného zdravotnictví. Tyto dva obory vlastně po celý život střídám. Začínala jsem v Praze na Okresní hygienické stanici.

Na začátku devadesátých let, když jsme přesídlili na jih Čech, jsem vedla referát zdravotnictví na jindřichohradeckém Okresním úřadě, protože přímo v medicíně jsem tam uplatnění tenkrát nenašla.

Pak přišla nabídka opět z Prahy, takže přelom tisíciletí budu mít už navždy spojený se vzpomínkami na Ministerstvo zdravotnictví, kde jsem se pod vedením pana ministra MUDr. Fišera podílela ve funkci vrchního odborného rady na reformě veřejné správy. To byl nesmírně hektický, ale také nanejvýš zajímavý rok. Tehdy se totiž tvořila koncepce krajských úřadů a náplně jejich zdravotnických odborů. Jenže mám dvě děti, které tehdy byly ještě malé a dlouhodobě pendlovat mezi Hradcem a Prahou nebylo možné.

Jak vás Jindřichův Hradec přivítal zpátky?

Naštěstí jsem v roce 2001 úspěšně prošla konkursem na místo revizní lékařky ve VZP v Jindřichově Hradci a posléze jsem tam byla ještě jako vedoucí referátu kontroly a revize zdravotní péče na územních pracovištích jednak pro Jindřichův Hradec, jednak pro Tábor.

Dalším mezníkem bylo výběrové řízení na vedení dačické nemocnice, kde jsem se stala před třemi roky předsedkyní představenstva. Fungujeme tam jako tým pěti, šesti lidí, kde máme přirozeně rozděleno, kdo věci vymýšlí, kdo dohlíží na realizaci, kdo je dotáhne.

A další rok se souběžně podílíte na řízení českobudějovické nemocnice v pětičlenném představenstvu. Jak se vám českobudějovická nemocnice jeví?

Kdybych nemusela mluvit do časopisu spisovně, řekla bych, že „Budějce jsou suprový.“ Oceňuji tady vyváženost oborů. Podařilo se tu zamezit nebezpečí příliš velkých specializací a naopak sem soustředit obory, které by pro jejich finanční a často i personální náročnost nešly kvalitně zajišťovat v okresních nemocnicích.

I když na druhé straně mi teď zrovna leží na srdci naopak budování pracovišť OCHRIP na anesteziologicko-resuscitačních odděleních menších jihočeských nemocnic, aby se po překonání nejtěžšího stavu mohli lidé vrátit zpátky do svých nejbližších spádových špitálů, kvůli jednoduššímu styku s rodinou. Podle mě je psychologično právě v těch nejhorších lidských chvílích stejně důležité jako fyzično. Kolikrát udělá naděje víc nežli

sebedokonalejší mechanické vyšetření. Víte, učila jsem na střední zdravotnické škole a vždycky jsem studentům říkala: „Uvědomte si, že na nemocničním lůžku můžete zítra ležet vy sami, vaňte si života, buďte k pacientům vstřícní.“

V našem rozhovoru jste se zmínila o dětech. Pomamily se?

Co se týká profese, tak ne. Syn dokončuje Vysokou školu chemicko-technologickou a dcera se chystá odjet jako au pair nasbírat nějaké zkušenosti do Anglie.

Nebude vám smutno?

Doufám, že ne. Mám své velké hobby, zahradu. Tam si dokonale vyčistím hlavu. Nikdo tam za mnou nechodí, nic nechce, upřímně řečeno hlavně proto, že by dostal nějakou práci. Když ještě zbude volno, tak s manželem vyrážíme za poznáním po Evropě. Hodně mě baví architektura a zvláště secese. Jestli může mít v naší rodině někdo smutek na duši, tak v době naší nepřítomnosti Rósa se Sárrou, což jsou členové plemene český oříšek a český vlčák, a šestnáctiletý kocour Max, který si u nás našel trvalý azyl.

PŘEDSTAVUJE SE

HISTORIE A SOUČASNOST AOTRAUMA

MUDr. Martin Kloub



AOTrauma je mezinárodní společenství traumatologů a ortopedických chirurgů, výzkumných pracovníků pohybového ústrojí a pracovníků na operačních sálech (ORP), jehož cílem je předávání znalostí, zkušeností a důkazů vedoucích ke zlepšení péče o pacienty a výsledků v oblasti léčby traumatu pohybového aparátu. Díky své nezávislosti, kvalitě obsahu, pozoruhodným schopnostem členů a přístupu k síťovým zdrojům si AOTrauma udržuje postavení světového lídra postgraduálního vzdělávání v oblasti traumatologie.

Historie AO – prvních 50 let

Koncem 40. let 20. století vyvrcholila fáze náhodného vývoje fixace zlomenin, která započala v polovině 19. století, fáze vytvoření eklektického mixu implantátů nejrůznějších chirurgických „autorů“, navržených izolovaně bez jakékoliv spolupráce. Biologie kostního hojení nebyla zkoumána vědecky a znalosti byly řídké.



V roce 1949 belgický chirurg, Robert Danis vydal knihu s názvem *Théorie et Pratique de l'Ostéosynthèse*. V této jeho druhé knize týkající se fixace zlomenin bylo dokumentováno jeho pojetí rané funkční rehabilitace následující rigidní fixací zlomeniny. Pozorování Danise, totiž že s anatomickou repozicí a pevnou fixací přichází primární zhojení diafyzární kosti bez tvorby svalku, přitáhla pozornost mladého inovativního švýcarského chirurga Maurice E. Müllera, který navštívil Roberta

Danise v březnu 1950. Toto setkání zanechalo v dr. Müllerovi velký dojem, takže kolem sebe postupně shromáždil malou skupinu švýcarských lékařů se společnými zájmy. Byli to Robert Schneider, Hans Willenegger a Martin Allgöwer.



Maurice E. Müller



Robert Schneider



Hans Willenegger



Martin Allgöwer

Bylo rozhodnuto vytvořit pracovní studijní skupinu, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, neboli AO, a provádět výzkum v oblasti hojení kosti, zejména s ohledem na vliv mechanického prostředí lomu na jeho zhojení. Tato skupina se poprvé sešla v březnu 1958 ve švýcarském Churu a přijala řadu iniciativ.



Prvním úkolem bylo zřízení laboratoře experimentální chirurgie (Forschungsinstitut), kterou v Davosu založil Martin Allgöwer a kde byly položeny základy současných znalostí přímého a nepřímého hojení zlomenin. Zde provedené základní experimenty patří mezi bazální znalosti traumatologů celého světa.

Druhým důležitým úkolem bylo vytvořit alianci s oborem přesného strojírenství. Forschungsinstitut úzce spolupracoval s Robertem Mathysem a společně vyvinuli integrovaný systém implantátů a nástrojů. Tyto nástroje a implantáty umožňovaly využít v praxi biomechanické principy, zjištěné při experimentální práci. Tato plodná spolupráce vedla k vývoji tzv. AO instrumentária a chirurgických technik pro jeho použití.

Třetím zásadním rozhodnutím bylo pečlivě dokumentovat chirurgické případy tak, aby bylo možné poučit se z klinického použití implantátů, a bylo vytvořeno tzv. dokumentační centrum (Documentation Center).

Všechny tyto prvky původní AO se rozrůstaly na paralelní bázi, což vedlo postupně k potřebě restrukturalizovat celou organizaci. V prosinci 1984 byla vytvořena AO Foundation, rozdělena do jednotlivých komisí pro výzkum, vývoj, vzdělávání, dokumentaci a mezinárodní záležitosti.

Cíle průkopníků AO



Hlavním cílem průkopníků AO nebylo popularizovat nevybíravé použití chirurgické fixace, ale spíše zhodnotit vědecky své místo v péči o zraněné a tam, kde je to vhodné, upravit chirurgickou praxi tak, aby mohl být optimalizovaný výsledek léčby. Celá laboratoř, stejně jako nadace, se v roce 1992 přestěhovaly do AO Centra postaveného na okraji švýcarského Davosu.

Celosvětové šíření myšlenky AO vedlo ke zřízení AO regionů s cílem poskytnout více lokalizované podpory. K dispozici je nyní pět AO regionů (Evropa, Blízký východ, Asie a Tichomoří, Latinská Amerika a Severní Amerika) s více než deseti tisíci členy. Další postupnou změnou byl vznik specializovaných odnoží. Z AO Foundation se postupně definovaly sekce AOSpine (2003), AOMaxillofacial, AOVet a jako poslední byla v roce 2008 založena sekce AOTrauma.

AO v České republice

Hlavním propagátorem myšlenek organizace AO v bývalém Československu byl od počátku 60. let 20. století prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc. Spolupráce s profesorem Weberem vedla k položení základů léčby pseudoartrózy a jeho práce na toto téma z roku 1973 je celosvětově citována dodnes. Díky poznatkům získaným během stáží na klinice

ve švýcarském St. Gallenu pomohl vytvořit v prostředí socialistického Československa základní instrumentaria pro ošetření traumat skeletu a podílel se rovněž na vývoji kyčelních endoprotéz. Měl vliv na výchovu několika generací ortopedů a mnoho z jeho žáků řídí doposud nejvýznamnější české ortopedické kliniky, mezi jinými i doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc., primář ortopedického oddělení naší nemocnice. V 90. letech pak pomohl při vzniku první skupiny AO v České republice. AOAlumni, jak se první organizace jmenovala, sdružovala lékaře podílející se na postgraduální výuce léčby zlomenin v duchu AO a měla kolem 30 aktivních členů, nejvýznamnějších traumatologů a ortopedů.

V roce 2008 se transformovala na AOTrauma Česká republika. Počet členů postupně narůstal až k stávajícím 49 osobám. K nejdůležitějším aktivitám AOTrauma Česká republika patří pořádání tzv. AO kurzů ošetření zlomenin, které jsou rozděleny podle určení na tři hlavní úrovně, tzv. základní, pokročilé a masters, dále existují nejrůznější specializované kurzy. Kombinace přednášek, praktických cvičení na modelech kostí a diskusních skupin vede k ojedinelé efektivitě vzdělávání v oblasti péče o traumata skeletu a účastníci kurzů si během několika dnů mohou osvojit principy ošetření většiny dlouhých kostí a pánve. Mezi další aktivity patří pravidelná organizace AO Symposií.



Nedílnou součástí AO kursů jsou praktická cvičení na modelech.

AOTrauma v Českých Budějovicích

Jedním ze zakladatelů české skupiny AO byl i prim. MUDr. Pavel Kopačka. Pomohl přenést ducha AO na Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. a zásadní měrou se podílel na pořádání prvního AO kurzu v Českých Budějovicích v roce 2004. V současnosti je oddělení v AOTrauma zastoupeno sedmi členy, což ho řadí na přední místo v republice. Pravidelný kontakt s evropskou a světovou špičkou a aktivní podíl na výuce mladé generace traumatologů v Čechách i ve světě pomohl postupně zlepšit celorepublikové vnímání českobudějovického úrazového oddělení z úrovně běžného krajského pracoviště na jedno z vedoucích traumatologických center. Dokladem toho je jeho umístění v celorepublikové anketě o oddělení s nejlepší úrovní péče, kdy bylo v roce 2010 dotazováno padesát nejvýznamnějších pracovníků v oboru, na druhém místě za Úrazovou nemocnicí v Brně. Dalším potvrzením prestiže českobudějovického pracoviště bylo zvolení MUDr. Martina Klouba (foto vlevo) z Oddělení úrazové chirurgie českobudějovické nemocnice předsedou AOTrauma Česká republika pro roky 2012–2013. Aktivní podíl našeho oddělení v AOTrauma pomáhá v konečném důsledku zásadně zlepšovat péči o poraněné pacienty nejen v Jihočeském kraji. V tomto ohledu je úloha AOTrauma i do budoucnosti nezastupitelná.



Další Master symposium AOTrauma se bude pod patronátem Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. konat 24.–25. 9. 2014.

Z TÁDŽIKISTÁNU NA JIH ČECH

PhDr. Marie Šotolová



*Na stránkách Nemocničního zpravodaje vás seznamujeme s lékaři, jejichž rodná země je daleko, předaleko... To je případ i paní doktorky **Mastury Kadyrové** (42) z Tádžikistánu, která je od podzimu 2013 zaměstnaná jako gynekoložka na Ženském oddělení českobudějovické nemocnice.*

Paní doktorko, vy jste k nám však přímo z Přední Asie neprijela...

Přesídlila jsem z mnohem méně exotického místa, z prachatického Gynekologického oddělení, kde jsem pracovala poslední roky. Pravda ale je, že před tím jsem celý život strávila na východ od České republiky. Moje rodina pochází z poměrně velkého města Chudzant na severu Tádžikistánu. Vystudovala jsem tedy medicínu v Dušanbe.

Jenže přišla občanská válka a s ní stěhování s rodinou do Ruska, kde jsme dostali občanství. S manželem, který je také lékař, a našimi dvěma dcerami jsme našli uplatnění v Čeljabinsku. Jenže jde o město s těžkým průmyslem a tomu odpovídajícím klimatem, což se negativně projevilo na zdraví dětí. Takže znovu nastoupila otázka, kam se podít. Dostali jsme pozvání do USA, kam jsem nechtěla, protože je to příliš daleko od mé velké rodiny. Pak přišlo na přetřes Španělsko, kde máme příbuzné, jenže tam je velké horko a v době našeho rozhodování jsme měla potíže se štítnou žlázou, které by mohlo tamní klima zhoršit.

Studovali jsme tedy Evropu a našli Česko. Vypravili jsme se sem jako turisté, a když jsem uviděla Český Krumlov, Hlubokou nad Vltavou, tak jsem řekla „Tady budu bydlet, to je pohádkový stát, jemní lidé.“ Přes internet jsme našli známé, kteří nám pomohli s přestěhováním, se získáním víza a všeho potřebného. Na jaře roku 2009 jsme se tedy ocitli v Čechách.

To muselo být složité, bez znalosti jazyka, tisíce kilometrů od země, na kterou jste byli zvyklí.

Nebylo to jednoduché už proto, že jsme se kromě češtiny museli věnovat hodně náročné přípravě na rozdílové zkoušky, abychom mohli nadále oba pracovat jako lékaři, což jsme chtěli. Ve finále jsme dosáhli nejen toho, že máme ve vaší zemi uznané diplomy, ale mohli jsme změnit i obory. U nás je to totiž tak, že když končíte medicínu, tak je vám přidělený obor podle toho, kde je málo specialistů. S mužem jsme se proto ocitli na interně. Když jsme po roce zkoušky udělali, mohli jsme si znovu zvolit svůj obor. Protože jsme za sebou měli několikaměsíční stáž na Anesteziologicko-resuscitačním a Gynekologickém oddělení prachatické nemocnice, manžel se rozhodl se intenzivní medicíně věnovat dál. Mně srdce táhlo ke gynekologii, takže už v Prachaticích a nyní v Českých Budějovicích se věnuji tomuto oboru. Porody, ty jsou pro mě adrenalin, štěstí, radost, a to ke svému životu potřebuji.

Z vašich slov je cítit spokojenost. Přece jenom, nestýská se vám?

Komu by se nestýskalo po rodině. Zvláště my si ještě potrpíme na velké rodiny. Pocházím ze sedmi dětí, všichni dohromady jsme pomáhali od dětství našim rodičům na jejich hospodářství, máme se pořád rádi, i když už zase máme my sami děti, svoje rodiny, kromě mě ostatní i svá podnikání.

Na druhé straně co se týká mého oboru: v českobudějovické nemocnici jsem už za těch několik málo týdnů, co tu jsem, viděla výkony, ke kterým jsem se v životě nedostala. Musím obdivovat zručnost svých nových kolegů, s jakou elegancí operují.

Jestli mi snad jen něco maličko vadí, tak to, že si Češi rádi stěžují. Vy tady máte tak krásnou zemi, nádherný život. Jestli mi nevěříte, jeďte k nám a pochopíte, co máte.

KNIŽNÍ NOVINKY V LÉKAŘSKÉ KNIHOVNĚ



DVD SPOLEČNOSTI DIALOG JESSENIUS

Už pátým rokem se mohou nemocní setkávat s aktivitami obecně prospěšné společnosti Dialog Jessenius. Jejím cílem je informovat širokou veřejnost o závažných onemocněních, rizikovém chování, s přáním zlepšit komunikaci, a to jak mezi zdravotníky, tak mezi pacienty a rodinnými příslušníky. Výsledkem této snahy je mimo jiné výroba edukačních filmů, které mají pacientům pomoci při včasném rozpoznání choroby a její následné léčbě. Filmy ve formě DVD jsou k sehnání pro rizikové skupiny pacientů v některých nemocnicích, prostřednictvím patientských organizací nebo na webových stránkách www.dialog-jessenius.cz. Filmy společnost připravuje ve spolupráci s experty z řady medicínských oborů a natáčení probíhá napříč celou republikou. Ve filmech vystupují kromě erudovaných odborníků i sami nemocní, kteří informují o svých zkušenostech. Knihovna Nemocnice České Budějovice, a.s. dostala do svých fondů od ředitelky společnosti Bc. Michaely Tůmové níže uvedená DVD. Pokud je budete chtít využít pro přiblížení odborné problematiky svým pacientům, jsou pro vás připravena k vypůjčení v naší studovně.



šot



SBORNÍK PŘEDNÁŠEK O KARCINOMU PRSU

Nemocnice České Budějovice, a.s. vydala v rámci 40. Jihočeských onkologických dnů, konaných 17.–19. 10. 2013 v Českém Krumlově další CD se souborem přednášek a posterů. Tentokrát byly tématem Diagnostika a léčba nádorů prsu. ISBN 978-80-905041-3-4

šot

KONGRESY A SEMINÁŘE

JE MOŽNÉ MANIPULOVAT S PACIENTY BEZPEČNĚJI?

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.



19. 9. 2013 proběhlo školení k bezpečné manipulaci s pacienty v Nemocnici České Budějovice, a.s. pro členy katedry ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a zaměstnance nemocnice. Lektorkou byla paní Lorraine Demott – klinická specialista na problematiku mobilizace, manipulace a polohování pacientů (handling and moving), která pracuje jako klinický kouč pro LINET Group. Této pro-

blematice se věnuje přes 20 let. Ačkoliv se může zdát, že jde o základní a prostou činnost, kterou většinou začíná vzdělávání zdravotníků, a to především sester, zdravotnických asistentů, ošetřovatelek, sanitářů, jde o problematiku z několika důvodů velmi důležitou. Provedení jednotlivých kroků při manipulaci s pacienty výrazným způsobem zasahuje do indikátorů kvality, mezi nimiž se sledují výskyty pádů, dekubity i nozokomiální nákazy. Stejně tak způsob manipulace ovlivňuje spokojenost pacientů. Dalším, neméně důležitým důvodem, je ochrana zdraví samotných pečujících osob, vycházející z Charty lidských práv i legislativních evropských norem a doporučení, tvořících další ukazatele kvality zdravotně sociálních zařízení.



Po krátkém představení a zdůvodnění důležitosti správných technik lektorka názorně předvedla a odůvodnila podstatu těchto postupů z výše uvedených hledisek. Z toho vyplynuly zásady moderního ošetřovatelství, a to především holistický přístup, na pacienta zaměřená péče, rozvoj soběstačnosti pacienta, kritické myšlení, etický – důstojný přístup a ochrana zdraví: to vše jako ošetřovatelství založené na důkazech s výsledkem dobré praxe. Takový způsob péče je možné hodnotit jako profesionální.

Absolventi školení jsou obohaceni o nový pohled na část jejich každodenní činnosti, která se pod vlivem nových informací a zkušenosti může zkvalitnit ve prospěch obou stran. Jakou inovaci školení přineslo? Šetrné zacházení, které zabraňuje poškození pacienta. K tomu je zapotřebí pomůcek od polohovatelných lůžek, přes širokou škálu madel a skluzných podložek. Po tréninku je možné manipulovat a polohovat i nehybné pacienty a pacienty v bezvědomí s minimální zátěží pro poskytovatele péče ve smyslu prevence poškození jejich páteře a zad.

Z vyjádření účastníků školení vyplynulo, že by většina z nich zapojila nové postupy okamžitě do své práce. Všichni oceňovali možnost odstranění nepříjemných pocitů pacientů při jejich manipulaci, často vrcholících strachem a také snadnost, s jakou je možné pacienty polohovat a přemisťovat bez fyzické zátěže jak pacientů tak jich samých.

Ze zkušeností lektorky je zřejmé, že k začlenění do běžné každodenní praxe poskytovatelů péče je třeba dlouhodobější proces změny od legislativy přes zájem o podnikovou kulturu včetně přesvědčení jednotlivců o účincích nového přístupu k problematice. Je tedy na účastnících školení, jak získané znalosti a zkušenost uchopí.

BILANCOVAT SE NEMÁ, ALE...

Mgr. Lenka Klímová



Poslední školící akcí byl seminář k různým infekcím, se kterými se zdravotník v nemocnici setkává, v pondělí 9. 12. 2013. Přednáškový sál „praskal ve švech“.

...pokud je bilancováním myšleno ukončení, podtržení, sečtení a začátek nového, je to žádoucí. Tedy: máme za sebou další rok úspěšného programu profesního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Od února do prosince 2013 proběhlo pět kurzů. Vždy se jich účastnilo od padesáti do osmdesáti zdravotníků, kteří si kurzy, jejich témata i zajímavost velmi pochvalovali. Mám z toho radost, protože právě zvyšování naší odbornosti je to, co mi velmi leží

na srdci. Nedávno jsem četla: „Dobře informovaný lékař představuje základ úspěšné léčby pacienta.“ Proto je spolupráce s odbornou lékařskou veřejností a podpora vzdělávání lékařů jednou z hlavních priorit společnosti.“ Proti tomu se samozřejmě nedá nic namítnout, je to konstatování faktu. Ale nepodařilo se mi nikde najít stejný výrok o odborné nelékařské veřejnosti. Cesta k doplnění uvedeného konstatování také o „nelékařskou odbornou veřejnost“ bude zřejmě dlouhá a pravděpodobně si ji budeme muset ještě zasloužit. Jak a čím? Moc se snažíme, stále více prokazujeme své odborné kvality. Avšak nelékařský zdravotnický pracovník stále není vnímán jako odborník, i když slovo odbornost se v souvislosti s jeho znalostmi a dovednostmi skloňuje často.

V souvislosti se změnou zákona 96/2004 probíhaly různé výzkumy, které byly ve výsledku poměrně nelichotivé, a vyplývalo z nich, že nastavený systém celoživotního vzdělávání nelékařů vykazoval známky nesystémovosti. Závěry se opíraly například o skutečnosti, že účast na vzdělávacích akcích byla motivována pouze získáním kreditních bodů, nikoli z důvodu prohloubení kvalifikace, nebo že nabyté znalosti nelze vždy plně uplatnit ve zdravotnické praxi. Výzkum dále jednoznačně prokázal, že většina zaměstnavatelů další prohlubování a zvyšování kvalifikace svých zaměstnanců neřídí, v řadě případů zřetelně ve zdravotnické praxi chybí jakákoli koncepce systematického rozvoje lidských zdrojů, nejsou stanovovány plány vzdělávání. Nejednoznačně je mimo jiné zdůrazněna provázanost vzdělání s úhradou poskytované péče, což by nutilo zaměstnavatele dbát o vzdělání svých zaměstnanců. Mnozí ve výzkumu namítali, že tento záměr byl již ze strany pojišťoven zohledněn například vazbou výkonů na specificky vzdělané jedince. Avšak tato provázanost nebyla dosud důsledně kontrolována a především neiniciovala potřebu zaměstnavatele vzdělávat své zaměstnance. Stávající stav tedy efektivnost systému celoživotního vzdělávání nelékařů neposiloval.

Naše pravidelná vzdělávací odpoledne jsou důkazem toho, že nemocnice České Budějovice, a.s. vzdělávání nelékařských profesí podporuje. Připomínám vzdělávací akce, které několik let pořádá Anesteziologicko-resuscitační oddělení, ať už je to specializační studium, školení kardiopulmonální resuscitace, nácvik periferní a centrální kanylace a další. Další neopominutelnou skutečností je to, že pravidelné školící akce konzultantek pro hojení ran, včele s Mgr. Marií Schusterovou, oslaví v roce 2014 již desetileté výročí. Z velkých akcí jsou to již tradiční konference.

Vzdělávat se a pracovat na zvyšování naší odbornosti budeme i nadále. I když je to velmi náročné. To ale nevádí. Prozradím vám několik mých favoritů z historie, které to neměly lehké. Příkladem z historie nám mohou být ženy, které za vzdělání a zvyšování odbornosti získaly úctu.

Náš anglický poklad, matka základů naší odbornosti, Florence Nightingalová, je nám důvěrně známa, tu si vždy musíme připomenout.

Ale zastavení si zaslouží například i císařovna Marie Terezie. Byla arcivévodkyně rakouská, královna uherská a česká (1743–1780) jako jediná vládnoucí žena na českém trůně. Matka 16 dětí se cítila být i matkou svých poddaných. Říkala: „Děti moje, Evropa žije osvícenstvím a vy se ani neumíte podepsat.“ A zavedla povinnou školní docházku. V roce 1774 vydala všeobecný školní řád, školství bylo placeno státem. Díky habsburské byrokracii vešla do praxe část myšlenek J. A. Komenského.



Další úžasnou ženou v naší historii byla výjimečná Alice Garrigue Masaryková, která žila možná trochu ve stínu svého otce, prvního českého prezidenta, nicméně byla neúnavnou bojovnicí a měla mnohá prvenství. První předsedkyně Českého červeného kříže se zabývala významem hygieny v novém státě, zachránila mnoho lidí, pomáhala lidem. Díky ní vznikla většina sociálních projektů. Přála si být lékařkou. V roce 1898 začala studovat na Lékařské fakultě UK jako jediná

dívka ve třídě 50 chlapců. Po prvním roce přestoupila na FF UK a jako první žena v historii získala doktorát z historie. Otevřela školu sociální práce. Historický primát – ve sněmovně promluvila jako první žena-politička. Iniciovala zakládání nemocnic a sanatorií, propagovala očkování, organizovala pomoc při epidemiích. Přišla s myšlenkou míru Červeného kříže, která se rozšířila po celém světě, alespoň na tři dny ustal na celém světě boj a v roce 1923 se díky ní začal v Československu slavit Den matek. Necht' jsou tyto ženy pro nás příkladem vzdělanosti, vytrvalosti, odbornosti a skromnosti.

Takže milé kolegyně a kolegové, s chutí do dalšího roku profesního vzdělávání nelékařů. Pro rok 2014 připravujeme témata:

- ✓ Únor: Malé chirurgické obory
- ✓ Duben: Endoskopické vyšetřovací metody
- ✓ Červen: Laboratorní diagnostika
- ✓ Září: Kolorektální karcinom – aktuální informace
- ✓ Listopad: ARO – rok činnosti nových ambulantních provozů

Skvělé nakročení do dalšího roku na cestě ke zvyšování odbornosti vám přeje celý náš tým, který pro vás vzdělávací kace připravuje ve složení Mgr. Lenka Klímová, Mgr. Monika Kyselová, MBA, Mgr. Marie Schusterová, Bc. Jana Štěpánová, MsC.

Závěry citovaného výzkumu:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/celozivotni-vzdelavani-nlzp-a-moznosti-jeho-naplneni-454996>

SETKÁNÍ TRAUMATOLOGŮ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH 8. 10. 2013

prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.



Vážený kolegové,

od hodnotitele symposia se čeká, že pochválí přednášky, vyzvedne úroveň a organizaci. Než toto očekávání naplním, dovoluji mi krátké zamyšlení.

Z toho, co jsem vyposlechl v přednáškách, v diskuzi k nim a v kuloárech soudím, že primář Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Pavel Kopačka je i v této turbulentní době šťastný

člověk. Proč? Z několika důvodů: Českobudějovické traumacentrum má všechny potřebné specializace (především plastické chirurgie, neurochirurgie, cévní a hrudní chirurgie) a řadu dalších. To nemá řada traumacenter, včetně pražských. A co je hlavní, tito specialisté jsou schopni mezi sebou bez problémů komunikovat a spolupracovat ku prospěchu pacienta, což nebývá vždy pravidlem. Nese to však výsledky, které jsou respektovány českými a moravskými traumatology, ortopedy i všeobecnými chirurgy.

Výsledky samotné však nestačí, důležité jsou i vztahy, kterým se dnes moderně říká PR, public relations. Lékaři českobudějovické traumatologie se pravidelně podílejí na AO kurzech v České republice, ale i v zahraničí. Publikují v domácí i zahraniční odborné literatuře, včetně časopisů s impact factorem. Když řeknete v Německu, Švýcarsku, USA nebo v Kanadě „České Budějovice“, většině lidí se vybaví Budweiser – pivo. Jsou však lidé, kterým se díky aktivitám primáře Pavla Kopačky a doktora Martina Klouba vybaví AO trauma videosymposium v Českých Budějovicích. Za všechny bych uvedl Jesse Jupitera a Richarda Buckleyho.

Dalším důvodem spokojenosti je dnešní symposium. Je to každoroční akce s letitou tradicí, přesahující rámec regionu, s cílem prezentovat práci českobudějovického traumacentra. Zde se mimo nemocnici setkávají lékaři jednotlivých oddělení a mají tak díky některým přednáškám možnost vidět, jak vypadají konečné výsledky u pacientů, na jejichž ošetřování se podíleli. To je velmi důležitý stimul pro další spolupráci. Symposium jako akce vzdělávací navíc nutí každého autora přednášky zhodnotit prezentované soubory či jednotlivé případy a udělat si tak inventuru svých vlastních postupů a výsledků.

Myslím, že ze všech aspektů se letošní symposium vydařilo, o následné společenské části nemám též pochyb.

Nakonec mi dovoluete otázku, určenou všem budějovickým lékařům. Uvědomili jste si, že za dva roky to bude 750 let, co zvíkovský purkrabí Hirzo začal na příkaz Přemysla Otakara II. vyměřovat půdorys Českých Budějovic? Myslím, že to je jedinečná příležitost jak se zapojit do oslav, opět zviditelnit vaši nemocnici i traumacentrum. Těším se, co primář MUDr. Pavel Kopačka a jeho kolektiv vymyslí.

Autor je přednostou Oddělení ortopedie a traumatologie Ústřední vojenské nemocnice Praha Střešovice – Kliniky traumatologie pohybového aparátu 1. LF UK a ÚVN.

JIHOČESKÉ ONKOLOGICKÉ DNY JUBILEJNÍ

PhDr. Marie Šotolová

Už po dvacáté se konaly 17.–19. října 2013 na českokrumlovském zámku Jihočeské onkologické dny. Na první ročníky JODu zavzpomínal MUDr. Václav Pecha, který stál u zrodu akce, společně s již zesnulým primářem českobudějovické onkologie MUDr. Janem Fischerem. Poté se v rychlém sledu střídaly po oba dva dny přednášky na téma diagnostika a léčba nádorů prsu. Účast byla skutečně vysoká. I s reprezentanty vystavujících firem se v prostorách Jízdárny pohybovalo na 650 osob.



Přednášky se daly sledovat na velkoplošných obrazovkách nejen přímo, ale i vně jednacího sálu. Pokud ovšem nebylo třeba diskutovat v prostorách stánků. Na snímku prostor tradičního hlavního partnera, firmy Novartis.



Byl to prim. MUDr. Václav Janovský, jenž jako hostitel zahájil v roli primáře XX. JOD. Tuto akci i zakončil, tentokrát jako barytonista. Zsvěcení vědí, že zpěv je jeho velkým potěšením. Zvláště v kombinaci se skvostným zlatokorunským chrámem, kde spolu s přáteli, sopranistkou Libuší Voběrkovou a varhaníkem Karlem Haymannem, uspořádal pro účastníky kongresu v sobotním podvečeru závěrečný koncert.

Foto Přemysl Fejfar

GEOMED 2013

doc. MUDr. Petr Petr, PhD.

Projekt GEOMED, který se věnuje geograficko-medicínským souvislostem, úspěšně pokračoval i ve druhém pololetí roku 2013. Největší zájem vzbudil seminář Pestré kameny. Do Frymburku na břehu Lipna přijeli tentokrát významní hosté, především (zleva) 1. náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví Mgr. Ivana Stráská a velvyslankyně Jihoafrické republiky v České republice paní Franki Verwey. Organizátory z Pracoviště klinické farmakologie Nemocnice České Budějovice, a.s. nesmírně potěšilo, že se o této odborné akci, zaměřené na problematiku využití darů jihočeské přírody pro upevnění zdraví, objevil celostránkový článek ve věstníku jihoafrické ambasády v Praze. Seminář představil přítomným i konkrétní produkty, spojující místní původ a preventivní a profylaktické faktory, na prezentačním stole družstva Jednota České Budějovice.



Na Pestré kameny navázal na začátku prosince evaluační seminář, konaný v prostoru českobudějovického letiště. Na otázku Proč, jak a kudy do jižních Čech se projekt GEOMED snaží odpovědět: „Přijďte k nám nejen za krásou přírody a historickými památkami, ale hlavně i za zdravím. Jižní Čechy – Oáza a zdroj zdraví.“

JIHOČESKÝ DIABETOLOGICKÝ DEN JIŽ PO JEDNADVACÁTÉ

MUDr. Lenka Dohnalová

Dne 12. 12. 2013 se konal 21. Jihočeský diabetologický den, pořádaný Diabetologickým centrem při Interním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. ve spolupráci s Centrem diabetologie IKEM, Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity a vystavujícími firmami.

V letošním roce byla nosným tématem problematika diabetu ve stáří, transplantací i vztahů mezi diabetem mellitus 2. typu a karcinomy. Úvodní přednáška „Diabetická dieta a léčba diabetu u starších osob v doporučení ČDS 2013“ patřila prof. MUDr. Terezii Pelikánové. Paní profesorka upozornila, že prevalence diabetu 2. typu nad 65 let činí až 20 %. Léčba těchto pacientů je problémem, neboť se jedná o polymorbidní pacienty s vyšší náchylností k hypoglykemiím. Nová doporučení zdůrazňují především individuální přístup.

Následující sdělení v podání prof. MUDr. Martina Haluzíka se zabývalo postprandiální glykemií, jejím významem i možnostmi ovlivnění díky inkretinům. Role této terapie spočívá i v ochraně beta buněk pankreatu. Doporučuje se používat inhibitory DPP4 a dlouze působící GLP-1 co nejdříve jako léky první volby v kombinaci s metforminem.

Opětovný rozruch i úsměv znamenala přednáška prof. MUDr. Zdeňka Rušavého o poruchách vyprazdňování žaludku. Všichni jsme si odnesli poznatek, že je prospěšný klidový režim po jídle.

Program pokračoval přednáškou prof. MUDr. Michala Anděla o projektivním působení metforminu na výskyt onkologických onemocnění. Diabetes mellitus a karcinomy jsou

dvě heterogenní, multifaktoriální, těžké chronické choroby. Řada studií potvrzuje přímou asociaci mezi obezitou, inzulínovou rezistencí i malignitami. Molekulární spojení mezi karcinomy a diabetem 2. typu nepohybně existuje.

Dalším tématem byla již zmiňovaná problematika transplantací, o kterých nejprve hovořil prof. MUDr. Vladimír Teplan a další podrobnosti uvedl prof. MUDr. František Saudek. Obě sdělení poukázala, že i přes značný pokrok v technice, imunosupresi i celkové péči jsou transplantace pankreatu, kombinované transplantace (pankreas i ledviny) a transplantace izolovaných Langerhansových ostrůvků stále náročnými terapeutickými zákroky. Pro zajímavost: K 1. transplantaci pankreatu a ledviny došlo v roce 1966 v Minneapolis, v České republice byla provedena první transplantace pankreatu v roce 1983.

Dopolední program uzavřela tradičně doc. MUDr. Silvie Lacigová přednáškou „Kdy se diabetik setkává s bolestí?“ Zjistila zajímavý fakt z dotazníků pacientů s diabetem mellitus 1. typu, že největším problémem v jejich celoživotní aplikaci inzulínu není samotná aplikace, ale nutný dietní režim.

Odpolední program tradičně sestává z přednášek, které připravují lékaři Nemocnice České Budějovice, a.s. Prim. MUDr. Pavel Havránek zahájil tématem „Kardiodiabetologie 2013“. Konference se pravidelně účastní naše chirurgické oddělení. MUDr. Petr Pták a MUDr. Luděk Štěrba ve svém sdělení upozornili na fakt, jak často a opakovaně je nutné provést kombinovaný výkon na tepnách u diabetiků. Následovala přednáška kolektivu z Dětského oddělení. MUDr. Jindřich Čížek uvedl méně obvyklé postupy v léčbě dětských diabetiků. Problematické transplantací se v kazuistice věnovala ing. Iva Podiuková a diabetologická sestra Václava Duspivová. Ukázaly na konkrétním případě zlepšení kvality života transplantované pacientky. Závěr konference patřil hlavním organizátorům, MUDr. Lence Dohnalové a MUDr. Ivu Staňkovi. V teoretické části i kazuistikách popisovali problematiku sekundárního (specifického) diabetu.

KONGRESY A SEMINÁŘE POŘÁDANÉ NEMOCNICÍ ČESKÉ BUDĚJOVICE 2014

Den jihočeského kardiocentra	Hluboká nad Vltavou Townshend International School	3. 4. 2014
XXIII. Jihočeské ORL dny 1. česko-slovenské rinologické dny	Hluboká nad Vltavou Hotel Štekl	24.–25. 4. 2014
XI. Setkání jihočeských anesteziologů a sester	České Budějovice, Beseda	24. 4. 2014
Peloidy a Nutraceutika	Nové Hrady, Rezidence	30. 4.–2. 5. 2014
XXIII. celostátní konference ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence	České Budějovice ART IGY	22.–23. 5. 2014
Oborová neurologická konference	Hluboká nad Vlt., Park Hotel	květen / červen
XIV. Jihočeské Timrovy dny	Třeboň, Lázně Aurora	29.–30. 5. 2014
40. Setkání pneumologů severních, západních a jižních Čech	Písek Hotel Bílá Růže	29.–31. 5. 2014
Fytoalexiny jako fytochemika a nutraceutika	Borovany, Zámek	13. 7. 2014
Léčivý potenciál šumavské přírody	Spůle (Čkyně)	24.–25. 7. 2014
Nutraceutika. Odborná sekce Evropské konference Therapeutic Drug Monitoring a Česká společnost klinické farmakologie ČLS JEP	Praha Kongresové centrum	28.–30. 8. 2014
Setkání traumatologů v Českých Budějovicích	České Budějovice, ART IGY	září / říjen
Národní kongres plastické chirurgie	České Budějovice, ART IGY	9. 10. workshop 10.–11. 10. odb. program
XXI. Jihočeské onkologické dny (Diagnostika a léčba nádorů ledvin a varlat)	Český Krumlov Jízdárna	16.–18. 10. 2014
Pestré kameny / Bunte Steine	Frymburk, Hotel Vltava	23.–25. 10. 2014
Jihočeský diabetologický den	Č. Budějovice, DK Metropol	11. 12. 2014

POSTŘEHY Z BRITSKÝCH NEMOCNIC

MUDr. Aleš Chrdle



Pohled z liverpoolské katedrály na nemocnici a univerzitní areál

Od března 2011 do srpna 2013 jsem měl možnost pracovat ve dvou anglických nemocnicích (South Manchester University Hospital, Royal Liverpool University Hospital) a opakovaně navštívit a stážovat ve třetí (North Manchester General Hospital). Ve všech třech jsem měl možnost pracovat na infekčním oddělení s přesahem do plicní problematiky v Manchesteru a obecné interny v Liverpoolu.

Po dvou letech, která jsem strávil ve Velké Británii, není snadné stručně popsat rozdílnosti, na které si lékaři z kontinentální Evropy zvykají léta. Proto vybírám jen několik nápad-

ných odlišností. Snad největším rozdílem mezi českým a britským zdravotnictvím je celkový pohled a vnímání zdravotnictví jak veřejností, tak zdravotníky samými. Stručně řečeno, v Česku vidíme sklenici napůl prázdnou, zatímco v Británii je vždy napůl plná.

Od roku 1948 funguje ve Velké Británii jednotný zdravotní systém NHS (National Health System). V rámci tohoto systému má každý obyvatel Británie nárok na zdravotní péči zdarma. Akutní péče se poskytuje všem bez rozdílu, tedy i ilegálním imigrantům. NHS zaměstnává 1,7 milionu pracovníků a je jedním z největších zaměstnavatelů v Evropě. NHS je financován z daňových odvodů, zdravotní pojištění britští pracující neplatí.

Praktičtí lékaři

Základní zdravotní péče je soustředěna do obvodů, které se nazývají Primary Care Trust, což je skupina několika praktických lékařů (GP – general practitioner: rodinných lékařů pečujících od novorozenců až po dlouhověkové občany), kteří společně zajišťují péči pro dané území. Pacienti mají možnost vybrat si svého praktického (registrujícího) lékaře, který je poté vrátným v jejich přístupu k další specializované zdravotní péči a odesílá pacienty k odbornému vyšetření do nemocnice. Několik skupin praktických lékařů tvoří jednotku, která nasmlouvá péči většinou ve spádových nemocnicích, ale jednotlivé zdravotní, především terénní služby může nasmlouvat i s jinými organizacemi.

Systém soukromých ambulantních specialistů existuje paralelně v nevelkém rozsahu, protože velká většina britské populace si nemůže dovolit privátní zdravotní připojištění nebo přímou platbu.

Nemocnice mají kromě lůžkové části oproti nám velmi rozsáhlou ambulantní část a fungují tedy stylem, který připomíná naše bývalé ústavy národního zdraví s poliklinikou.

Pacienti se mohou ke specialistům dostat pouze na doporučení praktického lékaře anebo na doporučení z pohotovosti (emergency) anebo z ambulantní pohotovosti. Příchod ke specialistovi bez doporučení neexistuje.

Nemocniční týmy lékařů

Péče o hospitalizované pacienty probíhá v týmech, takže každý pacient nemá jednoho ošetřujícího lékaře, ale ošetřující tým vedený konzultantem (atestovaný lékař, specialista), který má pod sebou několik lékařů na různém stupni předatestační přípravy. Proto u pacienta každý den může dělat vizitu jiný lékař ze stejného týmu a záleží na kvalitě komunikace v týmu, nakolik je problematika a aktuální stav pacienta přenesen ke zbylým členům týmu. Tento systém je zranitelný při nedostatečné komunikaci. Na druhou stranu

je vynikající pro mladé lékaře, kteří se starají i o velmi komplikované pacienty se zkušeným lékařem za zády, ale přesto s určitou mírou autonomie a odpovědnosti. Díky tomu mají všichni nemocniční lékaři 2–3x týdně půldenní poradny a mohou se podílet na přednáškové činnosti a na výzkumu během své pracovní doby.

Služby

V důsledku evropské směrnice o pracovní době (EWTD – European Working Time Directive) došlo k přeorganizování služeb tak, aby bylo zajištěno pokrytí jednotlivých odborností při snížení časové náročnosti. Stručně řečeno: lékaři jednotlivých odborností mají službu v nemocnici zhruba do devíti až deseti hodin večer a poté odcházejí domů a jsou na telefonu jako příslužba. Kolem desáté přichází do nemocnice noční směna, která zajišťuje nově příchozí akutně nemocné pacienty na centrálním příjmu a odtud vybíhá k nestabilním pacientům na lůžkových odděleních. Běžné medicínské problémy řeší samostatně, odborné specializované problémy řeší po telefonické konzultaci s lékařem dané odbornosti, který má službu doma na telefonu. Tento lékař je povinen na výzvu přijet do nemocnice, pokud je o to požádán, ale ve skutečnosti se většina problémů a záležitostí dá vyřídit telefonicky.

V interních oborech se na turnusu nočních služeb podílejí všichni lékaři interních oborů, takže týden nočních služeb vychází na každého zhruba jednou za 2–3 měsíce. Noční služby jsou poměrně náročné. Na celou interní část nemocnice včetně všech akutních příjmů a konzilií na chirurgických oborech jsou 3–4 lékaři, kteří se od příchodu večer až do rána prakticky nezastaví. Platby za služby jsou zahrnuty v paušálu, většinou 50% příplatek k základnímu tabulkovému platu za 3 všední večery a jeden až dva víkendové dny, a samozřejmě jeden turnus nočních služeb za čtvrtletí. Služby se vypisují na 3 nebo 6 měsíců dopředu.

Zástupy ve službách

Lékařů ve středních pozicích je v Británii chronický nedostatek, a proto nemocnice pravidelně do služeb vypisují volná místa, kde mohou buď vlastní lékaři vylepšit rodinný rozpočet, nebo do nemocnice přicházejí externí lékaři přes pracovní agentury. Platby za tyto služby mohou být poměrně lukrativní a některým lékařům se vyplatí přiletět na víkendovou službu z kontinentální Evropy.

Lékařské pokoje

Lékařské pokoje jsou kanceláře s psacím stolem a počítačem, na pracovní místo na lékařském pokoji mají nárok lékaři až po dokončení základního kmene a zařazení do specializační přípravy. Do té doby mají k dispozici počítače v knihovně a na inspekčních stanicích a na vyšetřovnách, protože se předpokládá, že naprostou většinu své pracovní doby stráví právě na lůžkové stanici, na ambulancích nebo ve studovně a na seminářích.

Všechny počítače v nemocnici mají přístup na internet a intranet. Přístup k medicínským online informacím je velmi snadný včetně přístupu k internetovým databázím typu PubMed nebo UpToDate a každé oddělení má na intranetu vyvěšené své vlastní aktuální doporučené vyšetřovací a léčebné postupy pro běžné diagnózy, které jsou sepsány velmi rozumně a čtivě a většinou jsou lepší než klasické učebnice.

Výzkum na místní úrovni

Jednou z filosofí NHS je podpora výzkumu a vývoje na každé úrovni podle zásady, že nejvíce výzkumu je zapotřebí tam, kde se nedostává zdrojů. K tomu slouží na lékařské



1. zprava je autor článku MUDr. Aleš Chrdle.

a z části i na sesterské úrovni systém, který se nazývá Clinical Governance. Na první pohled velmi nepřehledný, ale u pragmatických Britů dobře použitý systém vede ke kvalitnímu zmapování aktuální situace u dané diagnózy na daném oddělení u určitého typu pacientů a metodou auditu a reauditů umožní převedení poznatků a zpětné vazby do praxe na základě jasných čísel a dat, nikoli jenom pocitů.

Tím se jednotlivá pracoviště prezentují před odbornou veřejností, ale na druhé straně zjištěná data používají při obraně při stížnostech a soudních procesech. Lékaři na všech úrovních od absolventů až po konzultanty každoročně provádí nejméně jeden, ale většinou více auditů vlastních služeb.

Oblečení

Pro britské nemocnice je typické civilní oblečení lékařů v interních oborech a v chirurgických oborech při velkých vizitách a v poradnách či ambulancích. V posledních letech se nově zavádí nemocniční kalhoty a halena (ve fialové barvě) pro nejmladší lékaře, pro absolventy v prvním roce. Původním záměrem bylo, že tato generace postupně poroste v nemocničních uniformách až do své lékařské dospělosti a postupně se zavede převlékání všech lékařů v nemocnici do nemocničního pracovního oblečení jako je zvykem u nás. V praktickém životě se však stává odložení nemocniční haleny a převlečení do košile či šatů symbolem ukončení prvního roku po promoci a rituálem postupu mezi „opravdové“ lékaře. Bílé pláště naleznete pouze v laboratořích při práci s biologickým materiálem, kde pláště jsou na věšáku při vstupu do laboratorní místnosti, zatímco v kancelářích a ve společných prostorách pláště nikdo nenosí.

Vedení dokumentace a nemocniční informační systém

Chorobopis pacienta je jedna velká složka, do které se v dané nemocnici zakládají zprávy, zápisy a výsledky ze všech oddělení po celou dobu života pacienta.

U zdravých lidí tyto složky mají několik stran, ovšem u chronických pacientů lze nalézt 15 cm tlustou složku, na které je napsáno pátý nebo šestý díl. Orientace v takovéto dokumentaci je extrémně obtížná. Jednotlivé odbornosti mají záložky v této dokumentaci a vepředu jsou zápisy z ambulantních vyšetření a propouštěcí zprávy. NHS se připravuje na zavedení jednotného informačního systému, avšak to už velmi usilovně a bez jakéhokoli výsledku probíhá řadu let, takže jednotlivé nemocnice improvizují s tím, že nikde nechtějí investovat větší množství peněz do komplexního systému, protože nevědí, na jak dlouho by jim sloužil, než NHS zavede celobritský systém, a proto laboratorní žádanky, zobrazovací vyšetření a propouštěcí zprávy běží na fragmentech nejlevnějších systémů.

Některé nemocnice zavádějí automatický systém preskripce léků pro hospitalizované pacienty, takže v dekurzu se ztrácí část pro medikaci a člověk ji musí hledat v počítači. Některé nemocnice jsou plně ve stádiu papírového psaní, kde se dekurzy píšou kontinuálním způsobem rukou, zápis z vizity a léčebný plán, a souběžně na zvláštní papír se píšou ordinace. Vyšetření, odběry krve, zavádění kanyl provádějí lékaři absolventi, a proto se toto sestřím do ordinací nepíše.

V ambulantní části pacienti odcházejí od lékaře pouze s receptem a ústní radou a zápis z ambulantního ošetření lékař poté nadiktuje sekretářce, která ho přepíše. Za jeden den až 6 týdnů dopis odchází poštou na adresu pacienta a odesílajícího praktického lékaře. Snad jedinou dobrou stránkou tohoto typu vedení dokumentace je, že na konci každého zápisu je povinné shrnutí aktuálních klinických problémů (problem list) a léčebně diagnostický plán (management plan) v jednotlivých bodech. Tím, že se nekopíruje, jsou lékaři nuceni ve svém zájmu stručně zapsat aktuální stav a aktualizovat diagnosticko-léčebný plán.

Lékárna

V nemocnici je řada klinických farmaceutů, kteří procházejí jednotlivá oddělení a kontrolují preskripci u jednotlivých pacientů z hlediska pozitivního listu, z hlediska lékových

interakcí, což je mnohdy velmi přínosné, a i z hlediska dodržování doporučených postupů. Současně také ověřují u praktických lékařů a v lékárenské databázi, jaké léky pacient užíval před příchodem do nemocnice. Tito kliničtí farmaceuti jsou velmi užitečným článkem zdravotnického týmu.

Při propuštění z nemocnice pacientům předepsané léky vydají ještě před odchodem z oddělení a upozorní na interakce a způsob podání. U ambulantních pacientů lze recept z dané nemocnice vyzvednout pouze v nemocniční lékárně (s minimálním poplatkem za recept). V ostatních lékárnách lze recept vyzvednout pouze za platbu v hotovosti (ambulantní preskripce spadá do nasmlouvané péče s nemocnicí a je proplácena nemocnicí, nikoli lékárně).

Stravování

Dietním režimům je věnována pozornost pouze v situaci, kdy pacienti mají potravinové alergie nebo mají speciální stravovací požadavky z důvodů přesvědčení (vegetariáni, muslimové apod.).

Stravování v nemocnici zajišťuje servisní organizace, jejíž pracovníci jsou na jednotlivých stanicích a obcházejí pacienty, kteří si vybírají z nabídky menu. Nemocniční jídlo je dováženo v zatavených plastových obalech a na oddělení se pouze rozpeče nebo ohřeje v mikrovlnné troubě.

Skórovací systémy a byrokracie

Británie se začíná dostávat do postbyrokratického období, protože záplava formulářů, postupů a doporučení nejenže brání v poskytování kvalitní klinické péče, ale již se o tom i smí mluvit a již se to smí i hodnotit a tato hodnocení ukazují odklon od vlastní klinické práce k administrativě. Proto se součástí přípravy většiny formulářů začíná stávat základním kritériem stručnost a srozumitelnost.

Například při příchodu do nemocnice je u každého pacienta zjišťován status kouření, výskyt nozokomiálních nákaz (MRSA) a je hodnoceno riziko tromboembolické příhody a zaznamená se rozhodnutí o profylaxi. Toto je poté předmětem auditu. Klinický stav – hodnoty vitálních funkcí – se skórují a podle výsledku získává pacient prioritu, do kdy jej musí vidět lékař.

Sestry

Zhruba třetina a na některých odděleních téměř polovina sester jsou muži. Sesterská profese obecně v Británii má u široké veřejnosti vysokou prestiž (a to se vztahuje i na sanitáře a sanitárky).

Sestry jsou rozděleny na řadu specializací a stupňů. Sestry nového typu, které promovaly v bakalářském programu v posledních letech, neumějí zavést periferní kanylu a většinou i odmítají nabírat běžné krve. Odběr hemokultur u tohoto typu nových sester vůbec nepřipadá v úvahu. Místo toho jsou zavaleny řadou zaškrťovacích a vypisovacích formulářů a skórovacích systémů. Většinu klinické práce jako odběry krve a zavádění periferních kanyl, nasogastrických sond a podobně, provádějí lékaři absolventi v prvním roce (FY1), kteří mají také za úkol vyplňovat žádanky a kontrolovat výsledky. Sestry, které jsou v praxi delší dobu, odebírají krve rutinně, kanyly zavádět umějí (mají na to příslušné přeškolení) a dokonce jsou ochotné to dělat.

Neurgentní odběry krve zajišťuje odběrová skupina (phlebotomist), což je zdravotník vyškolený výhradně k odběru krve z periferní žíly, který většinou nemá ani sesterskou kvalifikaci. Většinou je na několik oddělení jeden odběrový pracovník, který si prochází své kolečko a na každém oddělení se objeví zhruba 2x denně většinou v různou dobu. Výsledky potom přicházejí řádově za 3–4 hodiny po odběru.

Pro komplexní a chronické diagnózy je na každém oddělení tým sester specialistek, které zajišťují část lékařské rutinní práce plus edukaci pacientů plus konzultační službu lékařům z jiných oddělení a v určité míře předepisují recepty u chronických stabilních

pacientů. Tento typ sester je velkým ulehčením pro lékaře, protože plně lékaře zastoupí ve většině rutinních situací. Na infekčním oddělení jsou například sestry specialistky pro problematiku HIV, virových hepatitid, pro problematiku tuberkulózy, jinde je např. sestra specialista pro srdeční selhání, pro diabetes a podobně. Sestra specialista na centrálním příjmu například vyšetřuje pacienty, kteří přišli s akutním iktem ještě předtím, než pacienta vidí lékař, a díky tomu je trombolýza po klinickém vyšetření, urgentním CT mozku a nasměrování na iktovou jednotku zahájena řádově v několika málo desítkách minut od příjezdu.

Lékařský tým

Lékaři pracují v týmech vedených konzultantem (atestovaný lékař). Na každém oddělení je několik konzultantů, z nichž jeden je vedoucí oddělení. V závislosti na typu oddělení a na vzájemné dohodě je vedoucí oddělení buď funkce obsazovaná konkurzem, nebo vzájemnou dohodou konzultantů. V jedné nemocnici jsem zažil skupinu konzultantů, kteří se dohodli, že vedení oddělení si budou mezi sebou střídat podle rozpisu každé 3 roky. Na jiném oddělení jsem zažil vedoucího lékaře, který byl ve své funkci již více než 30 let. Funkce vedoucího konzultanta je především funkce manažerská a koordinační, protože jednotliví konzultanti/specialisté v záležitostech odborných mají plnou autonomii a odpovědnost a složité situace nebo komplexní případy konzultují nebo dojednávají většinou konsenzuálně s tím, že závěrečné rozhodnutí je na daném ošetřujícím specialistovi. Konzultant dělá „primářskou“ vizitu u pacientů dvakrát týdně s celým svým týmem.

Pod konzultantem jsou lékaři v předatestační přípravě po dokončeném kmeni (registrar), kteří fungují zhruba na úrovni našich staničních lékařů/vedoucích lékařů stanice. Lékaři v předatestační přípravě mají poměrně velkou autonomii i odpovědnost a například v nočních službách je „registrar“ hlavním lékařem v nemocnici s tím, že konzultant (atestovaný lékař) má příslušbu na telefonu. Úkolem lékařů v předatestační přípravě je v lůžkové části vést stanici a dělat vizitu u pacientů nejméně dvakrát týdně a mezitím denně dohlédnout na mladší lékaře (juniors) v běžných rutinních záležitostech a při jednotlivých intervenčních výkonech.

Další kategorií jsou lékaři v kmenové přípravě (Core Medical Training – CMT), kteří jsou výkonnými lékaři, motorem chodu (dříve se jim říkalo Senior House Officer, SHO). K ruce mají již zmíněné absolventy (Foundation Year One – FY1), kteří jsou nádeníci na hlídání výsledků, předepisování léků podle rozhodnutí vizity, organizaci vyšetření, komunikaci s jinými týmy, zavádění kanyl a provádění drobných intervenčních výkonů. Absolventi a lékaři v kmenové přípravě se každé 4 měsíce přesunují na jiné oddělení v nemocnicích v rámci oblasti, takže za 4 roky od promoce do dokončení kmene vystřídají 3–4 nemocnice a 10–12 různých oddělení.

Komunikace s rodinami pacientů

Největší zodpovědnost za komunikaci s rodinami pacientů mají lékaři v kmenové přípravě. Obecně komunikace o nemoci probíhá především s pacienty (a to velmi rozsáhle a podrobně) a pouze s jejich souhlasem nebo na jejich výslovné přání někdo z mladších lékařů velmi stručně a krátce komunikuje s příbuznými.

Obrácená situace je v případě, že pacient je ve vážném stavu, případně umírá, kdy sestry telefonují rodině a žádají je, v kteroukoli denní nebo noční dobu, aby se dostavili na oddělení osobně, že budou lékařem informováni o posledním vývoji.

Obecně se informace telefonicky podávají minimální, pokud vůbec nějaké. V některých nemocnicích mají zaveden systém hesla, které je zaznamenáno písemně v dokumentaci a kterým se volající prokáže, na základě kterého mohou být sděleny pouze základní údaje o zdravotním stavu.

Ve velké většině případů telefonické dotazy příbuzných na stav pacienta vyřizují

sestry, které ze sesterského hlediska sdělí obecné informace jako je mu líp/hůř, jí/nejí, je po operaci/ještě čeká, a pozvou příbuzného na osobní návštěvu nemocnice.

NHS z pohledu pacienta

NHS se snaží udržovat zdravotní péči dostupnou pro všechny bez ohledu na sociální, národnostní či jiné charakteristiky. Každý člověk by měl být registrován u svého praktického lékaře, který funguje jako vrátný do systému specializované zdravotní péče. Většina praktických lékařů je poměrně dost vytížena, a proto rychlost dostupnosti je nižší než u nás.

Například pokud má člověk horečky, kašle, neexistuje, že by si šel sednout do čekárny, ale zavolá praktickému lékaři, aby si domluvil schůzku, a může slyšet „*přijďte příští čtvrtek ve čtyři odpoledne*“. Pokud je to dlouhá doba a cítí se příliš nemocen na to, aby čekal, praktický lékař může buď rozhodnout, že pacienta navštíví doma v rámci své návštěvní služby, anebo pošle sestru, kterých má několik, ta se na pacienta podívá a nejspíše mu rovnou přinese antibiotika, která po telefonické konzultaci s praktickým lékařem pacientovi vydá.

V případě akutního zhoršení zdravotního stavu nebo v případě onemocnění mimo běžné ordinace hodiny má pacient několik možností. Buď zavolat záchrannou službu – sanitu, ovšem na příjezd může čekat desítky minut až hodiny, anebo se vlastními silami či taxíkem dopraví na oddělení akutních příjmů v nejbližší nemocnici. Další alternativou jsou tzv. walk-in clinic, kde je zdravotní sestra specialista, případně praktický lékař jako v pohotovosti, kteří řeší onemocnění, která nesnesou odkladu a která nevyžadují hospitalizaci.

Příchod a ošetření v nemocnici

Praktický lékař má možnost pacienta se specifickým problémem odeslat k vyšetření na specializované pracoviště. V rámci NHS jsou ambulantní specialisté výhradně nemocniční lékaři, kteří dělí svou pozornost zhruba napůl mezi lůžkové pacienty a mezi ambulantní pacienty. Praktický lékař telefonicky v urgentnějších případech anebo faxem odešle doporučení na příslušné pracoviště, kde po konzultaci se službou majícím lékařem je pacient pozván, aby se dostavil v řádu několika hodin až několika týdnů.

V případě závažného onemocnění, které nesnese odkladu, pacient přichází buď na lůžko daného oddělení, anebo většinou spíše na centrální příjem. Zde je nejprve krátce vyzpovídán zdravotní sestrou a po změření vitálních funkcí roztríděn do červené, oranžové a zelené řady. V červené řadě je pacient ošetřen lékařem s vyšší kvalifikací ihned, ve žluté je ošetřen, jakmile je některý lékař volný a v zelené čeká, až na něj dojde řada, což může trvat hodiny.

Na vyšetření v situacích závažného onemocnění, které bezprostředně neohrožuje život, vyšetřuje pacienta lékař krátce po promoci, který udělá základní klinické vyšetření, zajistí odběry krve, vyžádá si rentgeny, případně podá první léky/infuze. Poté, co shromáždí výsledky, požádá staršího lékaře o zhodnocení stavu pacienta a o návrh dalšího postupu, zdali hospitalizovat či zajistit další ambulantní kontrolu. Každý pacient by měl být do 24 hodin od příchodu do nemocnice vyšetřen a jeho zdravotní stav zhodnocen atestovaným lékařem.

V definovaných situacích, kdy je diagnóza zřejmá a kde jsou k dispozici léčebná doporučení, je snaha léčit přesně v souladu s léčebnými doporučeními. V situacích, kdy příčina onemocnění je nejasná, první hodiny a dny plynou ve srovnání s českými nemocnicemi pomalu, neboť propracovat se přes hierarchii mladších, středních a starších lékařů trvá delší dobu. Důležitou součástí akutních příjmů, které běží na směnný provoz, je předávání směn, kdy se diskutuje o jednotlivých pacientech, projednávají se nejasné klinické syndromy a navrhuje se další léčebně diagnostický postup. Tyto situace jsou poměrně dobrými výukovými momenty pro mladší lékaře, kteří se podílejí na péči i o ty nejkomplikovanější pacienty společně se starším lékařem.

Pokoje pacientů

Ve většině nemocnic jsou pacienti na vícelůžkových pokojích, kde v nejstarších nemocnicích se jedná o dlouhý sál připomínající tělocvičnu s řadou lůžek podél zdi.

U každého lůžka je noční stolek a křeslo a kolem lůžka zatahovací závěs, který umožňuje alespoň částečné soukromí každého pacienta. Samozřejmě šíření zvuku ani pachu se tím nezabrání. Toto uspořádání ale překvapivě dává více soukromí než dvou až třílůžkové pokoje v českých nemocnicích.

V nemocnicích rekonstruovaných v době před 20–40 lety jsou pokoje v tomto uspořádání s lůžkem, křeslem, nočním stolem a zástěnou se čtyřmi až šesti pacienty na jeden pokoj, s jedním společným příslušenstvím. V posledních několika letech se nově budované nemocnice staví s jednolůžkovými pokoji s příslušenstvím a je velmi zajímavé naslouchat dojmům pacientů, kteří jsou z takové nemocnice přeloženi a stěžují si na nedostatek interakcí s druhými lidmi a na pocit osamělosti.

Nozokomiální infekce

Před pěti až osmi lety se v britském zdravotnictví stala obrovským problémem nozokomiální infekce MRSA. Jednalo se o desítky pacientů, kteří umírali na sepse způsobené meticilin-rezistentním zlatým stafylokokem, často nozokomiálně získaným. Zhruba před pěti lety se tato situace natolik vyhroutil, že i přes velké finanční náklady bylo zavedeno rutinní vyšetřování všech pacientů přijatých do nemocnice na nosičství MRSA a zavedly se izolační a dekontaminační režimy. Od té doby klesá počet bakteriemií MRSA na hodnoty řádově třetinové až čtvrtinové oproti stavu před zavedením tohoto plošného screeningu.

Obecně nozokomiální infekční komplikace jsou velmi pečlivě sledovány a po MRSA je nyní dalším politicky žhavým tématem bakteriémie způsobená *Escherichia coli* většinou jako komplikace střevních nebo močových infekcí a výkonů.

Nemocnice mají od regulačních orgánů dané cíle, kterých musí dosáhnout, a počet přijatelných infekčních komplikací. Pokud přesáhnou tento stanovený počet, který se každoročně mírně snižuje, není jejich léčba dalších pacientů s danou komplikací nemocnicím proplácena.

Dalším takto pečlivě sledovaným patogenem je *Clostridium difficile*. Výskyt *Clostridium difficile* a výskyt těžkých případů průjmů a kolitid způsobených *Clostridium difficile* s často smrtelným koncem, vedl k naprostému přebourání použití antibiotik, takže u nás velmi oblíbený Augmentin je používán velmi sporadicky jako lék druhé až třetí volby u přesně vymezených indikací. Cefalosporiny se až na pár výjimek prakticky nepoužívají z téhož důvodu.

Dobrovolníci

V britských nemocnicích můžete na každém oddělení zahlédnout velké množství dobrovolníků. Část z nich se rekrutuje z bývalých zaměstnanců nemocnice v důchodu. Přijdou na dvě až osm hodin týdně jen tak vypomoci buď s administrativou nebo s činnostmi, které zpříjemní pacientům pobyt, např. zajišťují provoz drobných pultíků s občerstvením pro pacienty v čekárnách poraden.

Mladší lékaři

Managementy velkých nemocnic velmi vítají iniciativu mladých lékařů a dokonce v některých nemocnicích vypisují soutěž na projekt roku pro mladé lékaře, kdy se oceňuje a i finančně ohodnocuje projekt, který je nejenom navržen, ale i skutečně zaveden do praxe ze strany lékařů jeden až dva roky po promoci. Vzhledem k tomu, že tito mladí lékaři dělají nádenickou práci na oddělení a jsou v nemocnici noví, nejsou zatíženi profesionální slepotou a vidí věci, které nefungují a které by snadno mohly fungovat jinak. Navíc střídáním oddělení a nemocnic se rychle naučí dobré věci a šíří je s sebou. Naopak odstranit u nich špatné návyky z předchozích pracovišť je úkolem středních a starších lékařů. Tímto způsobem se zavádějí jednoduché, ale velmi praktické věci, jako

například záložka do objemných chorobopisů, která ukazuje poslední zápis a na které jsou základní informace o správném vykazování diagnóz a které slouží jako připomínka, nebo intranetová aplikace pro výpočet správné dávky gentamicinu při zohlednění věku, pohlaví, tělesné hmotnosti, výšky a hodnoty kreatininu daného pacienta, což jsou všechno hodnoty dostupné v nemocničním informačním systému, jiné uspořádání některých žadanek pro invazivní výkony, které navedou žadatele k potřebné přípravě pacienta.

Iniciativa mladých lékařů se vítá a podporuje a přehled a obhajoba navržených a uskutečněných zlepšováků je vždy součástí přijímacího pohovoru na další místo. Myšlenka „co můžeme dělat lépe, tedy úsporněji, snadněji, s menším rizikem pro pacienta či zdravotníky“ se prolíná paradoxně někdy nefunkčním systémem britského zdravotnictví a tento obecně sdílený postoj velmi zpříjemňuje monotónní a někdy velmi vyčerpávající práci mladých lékařů.

Nemocnice je nebezpečné místo

Rčení „nemocnice je nebezpečné místo, lépe se stoná doma“ je součástí osvěty zdravotníků mezi pacienty a veřejností. Součástí této kampaně je snaha o co nejrychlejší propouštění a zajištění ambulantní či domácí péče. Jedním z těchto kroků je domácí či ambulantní intravenózní léčba, ať už je jedná o podání cytostatik či antibiotik. Je zajímavé, že výskyt post-antibiotických průjmů, způsobených *Clostridium difficile*, je u stejně nemocných pacientů léčených stejnými antibiotiky stejně dlouho výrazně nižší u těch, kteří tato antibiotika dostávají ve svém domácím prostředí oproti těm, kteří na aplikaci antibiotik zůstávají v nemocnici.

Tlak na lůžka

Vzhledem k tomu, že v britských nemocnicích funguje (lépe či hůře) centrální příjem, lůžka jsou trvale plně obložená a lůžko, ze kterého se pacient připravuje k odchodu, má již svého přiděleného dalšího pacienta, který čeká na oddělení akutního příjmu. Pacienti, kteří jsou soběstační a mobilní, odcházejí do propouštěcího traktu, kde čekají na propouštěcí zprávu (která nepřesahuje jednu stranu A4), léky od farmaceuta a odvoz – tedy na sanitu či příbuzné nebo taxík, aby se dostali domů. Zajistit převoz domů sanitou je velmi obtížné a plánuje se dny dopředu. Taxíky (car hire) jsou v Británii relativně levné, a proto lidé, kteří nevlastní auto, jezdí na krátké vzdálenosti raději taxíkem než autobusem.

Patient = trpělivý

I přes všechny klady a proklamovanou všeobecnou dostupnost britského zdravotního systému musí být pacient obrněn trpělivostí. Čekání na akutním příjmu na pohotovosti na vyšetření lékařem méně než dvě hodiny je spíše zázrak, pokud se nejedná o pacienta nasměrovaného sestrou do červené nebo žluté řady, kde se jim u neodkladných stavů lékaři věnují okamžitě, ale v některých nemocnicích ve velkých městech se u neurgentních záležitostí běžně čeká na vyšetření mladým lékařem 4–8 hodin. Stejně tak čekání na odborné vyšetření nebo na plánovaný výkon je dlouhé a pro člověka zvyklého na české zdravotnictví velmi nepříjemně pomalé. I přes to všechno se pacienti k lékařům a k zdravotníkům chovají příjemně a mile a ze strany zdravotníků se jim dostává taktéž klidného a vlídného zacházení.

I po dvou letech strávených v Británii si nejsem jistý, zda to je hra na vděčnost, rys anglické povahy anebo pouze nepsaná dohoda, že „my vás potřebujeme stejně jako vy nás, tak proč bychom si to měli znepříjemňovat“. Součástí dlouhého čekání jsou velkoplošné obrazovky, kde trvale běží zprávy s titulky a bez zvuku a dobrovolníci, kteří procházejí mezi pacienty a nabízejí jim kávičko, džus, čaj, sušenky a někdy i sendviče.

Role manažerů

V jednom informačním materiálu o NHS (nikoli oficiálním) jsem našel povzdechnutí, že NHS má více manažerů než lůžek. Skutečně: pomocných a podpůrných pracovníků, kteří se pohybují po oddělení, je nepřehledné množství.

Každému pacientu, u kterého se předpokládají obtíže při propouštění (tzn. že neodejde po svých předními dveřmi), je přidělen case-manager, který zajišťuje následnou sociální péči a pečovatelskou službu po propuštění.

Dalšími managery jsou rehabilitační pracovníci, kteří zajišťují nejenom vlastní rehabilitaci na oddělení, ale také zajišťují zhodnocení domova pacienta, zdali je pro něj po propuštění bezpečný a v případě potřeby se postarají o vybavení pomocnými prvky, ať už jsou to zábradlí, držáky či schodolez, aby se pacient mohl co nejdříve vrátit do svého vlastního prostředí.

Dalším managerem, který se podílí na péči, je nutriční tým, dietolog. Tam, kde nestačí obyčejný paralen, který je lékem na bolest první volby (a také nejčastějším důvodem předávkování léky se sebevražedným úmyslem), je tým pro léčbu bolesti. Členové těchto jednotlivých týmů mají poměrně rozsáhlé pravomoci a možnosti včetně preskripce pomůcek a léků ve svém vymezeném prostoru.

Umírání

Ať již je to mentalitou, kulturním prostředím nebo ekonomickou nutností, Britové jsou v mnohem větší míře ochotni hovořit o těžkých a složitých diagnózách a nepříznivé prognóze a terminálně nemocní pacienti mají mnohem větší schopnost se připravit na nevyhnutelný konec. Součástí výcviku jak mediků, tak lékařů v předatestační přípravě, je schopnost komunikovat s pacienty a hovořit s nimi ve složitých a obtížných situacích (breaking bad news). Schopnost toto zvládnout samozřejmě závisí od osobnosti a i osobní zkušenosti a náhledu každého daného zdravotníka, ale ve srovnání s českým zdravotnictvím se toto v Británii mnohem více a podrobněji probírá s pacientem a v mnohonásobně nižší míře s rodinnými příslušníky, a to pouze s výhradním souhlasem pacienta, kdy pacient je požádán, aby přesně specifikoval, co a v jakém rozsahu a komu sdělit. V tomto je pacient osoba, která má rozhodující slovo v tom, komu a co se sdělí.

Pokyn k neresuscitaci a nastavení hranice poskytované péče

S ohledem na směnný provoz především během víkendů a nocí u každého pacienta, který je vážně nemocný a u kterého by případná resuscitace v případě zástavy oběhu či dechu nevedla k návratu do kvalitního života, musí mít vyplněn jasně červený formulář DNAR, který je založen na začátek chorobopisu, takže kterýkoli zdravotník přivolaný v urgentní situaci k pacientovi vidí na první pohled, zda má či nemá zahájit kardiopulmonární resuscitaci. Toto se probírá s pacientem a sděluje rodině.

Dalším užitečným faktorem péče o terminálně nemocné či umírající je možnost deeskalovat nebo omezit rozsah péče, který se však přesně definuje do zdravotnické dokumentace a dodržuje se. Toto rozhodnutí činí služebně nejstarší lékař přítomný v daném okamžiku a do 24 hodin jej musí potvrdit atestovaný lékař (konzultant). Tento mechanismus (nebo spíše případy jeho selhání) je v současné době předmětem kritiky ze strany bulvárních médií a prochází revizí na úrovni britského parlamentu.

Závěrem

I přes relativně krátkou zeměpisnou vzdálenost jsou zdravotnické systémy dosti odlišné a velmi těžko se porovnávají. Nechci říkat, který z nich je lepší, protože to sám nevím. Výše uvedené postřehy mohou naznačit, v čem se můžeme něco nového naučit a na druhé straně, čeho dobrého si zde můžeme více vážit. Ostatně, v příštích letech plánujeme krátké, jedno až dvoutýdenní stáže pro britské infektology na Infekčním oddělení naší nemocnice a budeme rádi, pokud by se na organizaci těchto stáží chtěli podílet i kolegové z jiných oborů. Postřehy a zpětná vazba lidí zvenčí mohou být podnětné a přínosné i v oblastech, které považujeme za neměnné nebo neřešitelné. Je třeba uvést, že od základní školy se Britové učí konstruktivně formulovat svůj názor a psát eseje a hodnocení, v tom nás jednoznačně předčí.

POSTŘEHY ZE SEVEROAMERICKÝCH NEMOCNIC

MUDr. Vojtěch Kurfiršt

V říjnu a v listopadu jsem měl příležitost postupně navštívit 4 americká kardiologická pracoviště: Ohio University Hospital (Columbus, Ohio), Heart and Vascular Institute (Fort Meyers, Florida), St. Vincent Medical Center (Bridgeport, New York) a Barnes-Jewish Hospital of Washington University (St. Louis, Missouri).

Cesta byla poměrně náročná (nalétal jsem přes 30 tisíc km), ale měl jsem skvělou možnost se seznámit s několika předními osobnostmi americké kardiologie, s nimiž jsem měl příležitost diskutovat na aktuální odborná témata a kteří mě také v průběhu operací nechali nahlédnout „pod ruce“. Podařilo se mi tak získat další pohled na kardiologickou praxi na jiném pracovišti. A nyní dovoluji uvést několik z mých mnoha postřehů:

Obecně se na tamní kardiologii daleko méně šetří. Měl jsem častokrát pocit, že stejnou práci dokážeme udělat s daleko menšími vstupními náklady.

Mladí chirurgové před atestací (residents, fellows) jsou omezeni pracovní dobou 80 hodin/týden (pracovní doba včetně přesčasů), což jim dává možnost více se zapojovat do práce na sále i na oddělení. Standardně přicházejí do práce na pátou hodinu ráno a nemocnici opouštějí kolem šesté hodiny odpolední, kdy 70 % času stráví na operačním sále, 20 % u lůžka pacienta a méně než 10 % administrativními úkony.

Běžně jsou zde využíváni vysokoškolsky vzdělaní nelékařští pracovníci na administrativní práci na oddělení (vykazování pojišťovně, dokumentace, psaní propouštěcích zpráv). Zde vidím zajímavou možnost do budoucna i pro naši nemocnici: sester s tituly bakalářka/magistra vychází ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity celá řada. Nejen v USA, ale i u nás je znát ekonomický rozdíl pro nemocnici, zda zaměstná sestru nebo lékaře.

Nemocnice, z velké většiny se statutem soukromých ziskových nebo neziskových společností, dostávají peníze za pacienta, ne tarifem. To přináší někdy až konkurenční boj o pacienty. Ti neváhají za svým chirurgem, pokud jsou přesvědčeni, že je pro ně tou nejlepší variantou, cestovat i několik tisíc kilometrů napříč USA. Chirurgové se naopak snaží o co nejlepší sebe prezentaci. Přednášejí, publikují, aktivně vystupují v odborných společnostech, a tím vytvářejí nejen sobě, ale i nemocnici, kde jsou zaměstnáni, jakýsi kredit, použitelný v „boji“ o pacienta. Byl bych rád, aby i zdejší nemocnice nadále registrovala naše snahy o její prezentaci na domácích a zahraničních fórech.

Přál bych ostatním mladým kolegům, aby měli v rámci předatestační přípravy možnost vycestovat a vidět, jak se dělá jejich obor „za velkou louží“. Většina z nich by jistě nepřijela s tím, že se medicína v USA dělá výrazně lépe než u nás, ale prostě jinak a s jiným přístupem, což je dáno z podstaty jednak jiným zdravotnickým systémem postaveným na individualitě a soběstačnosti, jednak větším tokem peněz do zdravotnictví, než tomu je v evropských zemích.

Závěrem mi dovoluji poděkovat všem, kteří mi cestu umožnili, ať již formou organizačního zajištění nebo finančního příspěvku. Kromě českobudějovické nemocnice to byla mj. nadace Kardiocentrum České Budějovice, předsedou jejíž správní rady je MUDr. Milan Vambera, CSc.

LETNÍ ŠKOLA EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO HYPERTENZI

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

V týdnu 22.–27. září 2013 jsem se zúčastnil letní školy Evropské společnosti pro hypertenzi „ESH Hypertension Summer School 2013“, konané v portugalském Portu. Jedná se o každoroční akci pro mladé profesionály věnující se hypertenzi, každý ji může navštívit pouze jedenkrát. Kurzu se zúčastnilo celkem 72 účastníků z 37 zemí.



Autor článku na fotografii první v 3. řadě zleva.

Z České republiky jsme byli vybráni dva. Přednášejícími na této prestižní akci jsou největší evropské špičky v oboru, vybraní účastníci pak prezentují výsledky vlastní klinické nebo výzkumné činnosti.

V Portu jsem prezentoval naše výsledky týkající se nové katetrizační metody léčby rezistentní hypertenze, tzv. katetrizační renální denervace (RDN). Ta spočívá v aplikaci radiofrekvenční energie katetrizační cestou přes stěnu ledvinové tepny s cílem provést částečnou denervaci sympatických nervových vláken nacházejících se na zevním povrchu tepen a tímto snížením tonu sympatiku v konečných důsledcích dosáhnout trvalého poklesu systémového krevního tlaku. K poklesu tlaku dochází v průběhu týdnů až měsíců. Tuto metodu jsme v Nemocnici České Budějovice, a.s. zavedli spolu s doc. MUDr. Mgr. Alanem Bulavou, Ph.D. na začátku roku 2012 a od té doby jsme takto ošetřili tři desítky nemocných se závažnou formou arteriální hypertenze. Kardiocentrum Nemocnice České Budějovice, a.s. se tak i v této oblasti řadí mezi několik pracovišť v zemi, která svým pacientům poskytují komplexní péči.

Pacientům s obtížně kontrolovatelnou hypertenzí se kromě toho systematicky věnujeme ve specializované ambulanci Kardiocentra. Při pečlivém vyšetřování a léčbě lze často dosáhnout dobré kontroly hypertenze, kromě toho v nemalé míře objevujeme i závažná onemocnění, která tak lze vyřešit v jejich časném stadiu. Právě těmto sekundárním benefitům katetrizační renální denervace a přínosu zavedení standardního diagnostického postupu u pacientů s rezistentní hypertenzí jsem se věnoval v práci prezentované na ESH Summer School 2013.

Asi Vás nepřekvapí můj ekonomický pohled na věc. Katetrizační renální denervace je nákladově efektivní. Zatímco náklady spojené s léčbou nekomplikované hypertenze jsou nízké, náklady na léčbu komplikací špatně kontrolované hypertenze jsou řádově vyšší a výrazně převyšují i náklady, které jsou spojené s provedením uvedené intervence. Přitom riziko kardiovaskulárních komplikací se s každým nárůstem TK o 20/10 mmHg zdvojnásobuje. Mezi nejobávanější komplikace hypertenze patří akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a konečné stadium selhání ledvin.

Během letní školy hypertenze ESH jsem nabył mnohé poznatky a zkušenosti, podařilo se také navázat kontakty napříč Evropou, které jsou východiskem pro další odbornou spolupráci. Sami organizátoři uvádějí jako jeden z hlavních cílů kurzu vytvoření sítě kontaktů mezi mladými profesionály, kteří představují příští generaci hypertenziologů. Multikulturní prostředí kurzu je skutečně velmi inspirativní a je zdrojem inovativních názorů a přístupů.

8TH EUROPEAN AOTRAUMA & TK EXPERTS SYMPOZIUM

MUDr. Martin Kloub



BG Unfallklinik Tübingen

prof. Dankwardem Höntzschem (na snímku vpravo), který končí svou aktivní činnost. Nejen díky tomuto faktu se sympozia zúčastnila řada významných traumatologů jak z Evropy, tak USA. Náplní sympozia byla kombinace přednášek shrnujících techniky uvedené v poslední době s předem zaslanými kazuistikami, o kterých diskutovalo celé plénum. Sekcí bylo celkem 6 – zevní fixátory, kontrolované studie, osteosyntézy v okolí lokte, distální tibie a pilon, proximální tibie dlahování a hřebování proximální tibie.

V sekci zevních fixátorů mě zaujalo řešení defektu tkáně v oblasti distální tibie naložením zevního fixátoru v úhlové dislokaci umožňující přiblížení okrajů rány a poté po zhojení rány postupné převedení dislokace do správného postavení. Technika vyžaduje použití cirkulárních zevních fixátorů s možností softwarově řízeného pohybu jednotlivých prvků. Ideálním se jeví tzv. hexapod systém zevní fixace.

V sekci kontrolovaných studií byly diskutovány dvě hlavní oblasti – použití dynamických úhlově stabilních šroubů, tzv. DLS systém a vývoj nových dlah řešících problematiku zlomenin acetabula a jeho kvadrilaterální plochy, kdy zejména u geriatrických pacientů dochází často k nekontrolovatelné protruzi hlavice femuru do malé pánve. DLS šrouby, které byly se slávou uvedeny v roce 2012 jako alternativa použití LHS šroubů u jednoduchých zlomenin vedoucí k lepší tvorbě svalku v místě dlahy jsou od poloviny roku 2013 staženy z trhu; důvodem je velké množství komplikací, konkrétně zlomených šroubů. Speciální dlahy pro podporu kvadrilaterální plochy zlomenin



Dlaha pro přední pilíř.

acetabula naproti tomu stále více nacházejí uplatnění, nejen z důvodu nárůstu počtu starších pacientů, ale i stále větší popularitě „jednodušších“ předních přístupů. Dvě z těchto variant byly prezentovány prof. Stöcklem, novým lékařským šéfem BG Klinik Tübingen, a T. Pohlemannem, asi nejznámějším německým odborníkem v oblasti zlomenin pánve. Traumatology z Čech může těšit, že dlaha vyvinutá J. Šrámem z Liberce je podobnou verzí tohoto typu dlah. Navíc liberecké pojetí předoperačního CT s předmodelováním rigidní dlahy podle zdravé strany přináší do této oblasti naprosto novou strategii.

27.–28. září 2013 se konalo v Tübingenu AO Trauma symposium úrovně Masters, kterého jsem se aktivně zúčastnil s kazuistikou „Otevřená zlomenina bérce – ošetření hybridním zevním fixátorem“.

Akce proběhla v prostorách BG Unfallklinik Tübingen víceméně jako rozloučení s jednou z nejvýznamnějších postav německé traumatologie posledních desetiletí,



acetabula naproti tomu stále více nacházejí uplatnění, nejen z důvodu nárůstu počtu starších pacientů, ale i stále větší popularitě „jednodušších“ předních přístupů. Dvě z těchto variant byly prezentovány prof. Stöcklem, novým lékařským šéfem BG Klinik Tübingen, a T. Pohlemannem, asi nejznámějším německým odborníkem v oblasti zlomenin pánve. Traumatology z Čech může těšit, že dlaha vyvinutá J. Šrámem

Vynikající přednášky D. Helfeta a P. Coleho, dvou matadorů severoamerické traumatologie, shrnuly problematiku přístupů u zlomenin distální tibie. Stupňovité ošetření je základem, Helfet preferuje ošetření z laterální a posterolaterální strany pro stále relativně větší komplikace při předních přístupech. Cole naproti tomu zdůrazňuje ošetření na základě tzv. „pilon mappingu“ – u zlomenin pilonu mají primární nitrokloubní lomné linie typický průběh a výhodné je proto operovat spíše zepředu. Oba se shodli na individuálním přístupu dle charakteru lomných linií a používání i 2–3 menších implantátů současně, často k hlavnímu LCP implantátu. Nepřítomnost vše řešícího implantátu pro tuto oblast vedla Cola k vytvoření nového „ideálního implantátu“, který je implantován z předního přístupu, ale současně umožňuje z minipřístupu stabilizaci častého mediálního fragmentu. Samostatný mediální přístup jako takový je téměř opuštěn pro vysoké procento komplikací a zůstává doporučen pro MIPO ošetření zlomenin metafýz.

Poslední blok věnovaný hřebování tibie se nesl ve znamení suprapatelárního přístupu při hřebování bérce. Ian McFayden doporučuje tuto techniku na základě vlastních zkušeností v těchto typických indikacích: nestabilní etážové zlomeniny, zlomeniny horní 1/3 tibie, problémy s měkkými tkáněmi v subpatelární oblasti v místě klasického vstupu hřebu. Výhodou je zejména jednodušší peroperační skiaskopie s dosažením správných předozadních projekcí. Otázkou zůstává údajný minimální výskyt bolestí kolena po hřebování při této technice, vzhledem ke kadaverózně prokázanému většímu tlaku na chrupavku pately a kondylů femuru během zavádění hřebu jsou nutné cílené studie s dlouhodobějším odstupem od operace.

Diskutovat komplikované problémy v tomto obsazení je i na evropské úrovni poměrně výjimečné. Doufejme, že AOTrauma se i při změněné situaci v posledních letech udrží ve své pozici světového lídra v postgraduálním vzdělávání péče o úrazy skeletu.

ŠEST TISÍC SPECIALISTŮ V BARCELONĚ

prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

Ve dnech 5.–9. 10. 2013 jsem se zúčastnil konference ECNP (European College of Neuropsychiatry), která se konala v Barceloně. Konference se účastnilo přes 6 000 delegátů z více než 100 zemí světa. Cílem ECNP je multidisciplinární přístup, proto se jí účastnili odborníci nejen z řad psychiatrů, ale i neurologů, psychologů, neurovědců, farmakologů a epidemiologů.

Plenární přednášky se věnovaly úloze prefrontálního kortexu v léčbě psychických poruch, jednak autoimunitním onemocněním a jejich vlivu na psychické poruchy. Další plenární přednáška byla věnována lidskému mozku a sjednocení pohledu od genetických studií až po kognitivní funkce.

Velká část konference se zabývala problematikou poruchy pozornosti s hyperaktivitou ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) u dospělých pacientů, která je stále hodně opomíjená, i když se ukazuje, že řada pacientů se dospělostí tohoto syndromu nezbaví.

Neustále se hledají nové cesty v léčbě schizofrenie, hlavně jejích negativních příznaků. Jako slibné se jeví zjištění, že u schizofreniků dochází k poklesu glutationu v mozkomíšním moku. Tak by se v terapii mohly využít přípravky, které by ovlivňovaly prekurzory této látky. Další otázkou je úvaha, že negativní symptomy schizofrenie jsou spojeny s hladinou dopaminu, a tím i se systémem odměny, který tento neurotransmitter ovlivňuje.

Posttraumatická stresová porucha a její léčba byla náplní brainstorming session, kdy řada účastníků sdělovala své zkušenosti s její léčbou.

Další přednášky byly věnovány například problematice přejídání a závislosti na jídle a problematice neuropsychofarmakologie v soudní síni.

KARDIOCHIRURGOVÉ V PODZIMNÍ VÍDNI

MUDr. Vojtěch Kurfiršt



Ve dnech 5.–9. října 2013 se ve Vídni konal 27. kongres Evropské společnosti srdeční a hrudní chirurgie (European Association for Cardio-Thoracic Surgery). Zde jsem měl příležitost vystoupit s před-

náškou na téma Hybridní léčba perzistující a dlouhodobě perzistující fibrilace síní: první zkušenosti autorů Kurfiršt, Mokráček, Bulava, Čanádyová, Haniš, Pešl, tedy pracovníků českobudějovického Kardiocentra. Obecně lze konstatovat, že hybridní léčba srdečních onemocnění (ICHS, chlopenní vady, srdeční arytmie) kombinující méně invazivní kardiochirurgickou operaci s katetrizačním výkonem kardiologa, se stala nezanedbatelnou součástí kardiochirurgie, kdy některou z hybridních metod má ve své „nabídce“ většina kardiochirurgických pracovišť. Tento trend bylo možné zaznamenat i na tomto kongresu, když za každou přednáškou na téma hybridních operací následovala živá diskuze. Výhody lze spatřovat hlavně v menší invazivitě zákroku s následnou nižší morbiditou a mortalitou a často také v ekonomické výhodnosti zákroku, protože při srovnatelných výsledcích klesají náklady na léčbu pooperačních komplikací.

V Kardiocentru Nemocnice České Budějovice, a.s. jsme zahájili program hybridní léčby fibrilace síní v roce 2012. V naší přednášce jsme prezentovali iniciální výsledky souboru třiceti pacientů, kde byla zkombinována chirurgická torakoskopická radiofrekvenční ablace s následnou katérovou radiofrekvenční ablací. Z našich krátkodobých výsledků lze usuzovat, že po zvládnutí učební křivky by mohla hybridní léčba fibrilace síní představovat bezpečnou metodu s vysokou procedurální úspěšností, přičemž k zavedení procedury a jejímu následnému zlepšování je vždy zapotřebí fungování týmu kardiolog – kardiochirurg s dostatečnou mírou kolegiality a tolerance na obou stranách.

Podle dosavadních výsledků by se tato metoda mohla v budoucnu stát optimální léčebnou strategií při léčbě perzistující a dlouhodobě perzistující fibrilací síní.

KARDIOCHIRURGICKÝ SEMINÁŘ V SALZBURGU

MUDr. Júlia Čanádyová

V termínu 13. 10.–19. 10. 2013 jsem se zúčastnila vzdělávacího semináře „Salzburg Cleveland Seminar Cardiac Surgery“, kterého jsem se mohla zúčastnit jako jedna ze sedmadvaceti vybraných zájemců ze sto šedesáti přihlášených.

Jedná se o postgraduální vzdělávací program určený pro mladé lékaře především ze střední a východní Evropy, Střední Asie, Ruska i z dalších zemí. Hlavními partnery projektu jsou The American Austrian Foundation a Open Medical Institute. Za Českou republiku je koordinátorem projektu Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové. Náklady spojené se seminářem (ubytování, studijní materiály, stravu kromě cesty) hradí americko-rakouská nadace.

Semináře a postgraduální vzdělávání vedou renomovaní odborníci z oblasti kardiovaskulární chirurgie z USA (Dept. Of Thoracic and Cardiovascular Surgery the Cleveland Clinic) a Rakouska (Dept. Of Cardiothoracic Surgery Med. Univ. Vienna).

Přednášky začínaly v 8 hodin a končily odpoledne v 17 hodin a byly na vysoké úrovni. Za zvláště přínosné a pozitivní pokládám interaktivní přístup. Otevřené diskuse jak s přednášejícími, tak i ostatními zúčastněnými umožňovaly konfrontovat vlastní zkušenosti s názory i připomínkami ostatních lékařů z různých pracovišť a zemí.

S cílem učinit seminář více atraktivním a podporovat výměnu zkušeností na obou stranách si většina zúčastněných připravila krátké prezentace vlastních zajímavých případů, po nichž následovala plodná diskuze. Moje kazuistika „How to manage left ventricle

embolization of the transcatheter aortic valve“ byla jako jedna ze šesti oceněna za svou zajímavost a bude k dispozici v Case Library v Open Medical Institute. Kromě toho mi účast na tomto semináři otevřela možnost krátkodobých „observership“ pobytů na renomovaných klinikách v Rakousku i USA.

TECRES MEETING V ITALSKÉ VERONĚ

MUDr. David Musil, Ph.D.

Dne 18. 10. 2013 jsem se zúčastnil ve Veroně Tecres Meetingu, jehož tématem byla léčba infekcí endoprotéz. Akce se speciálně zaměřila na využití cementů jako nosiče antibiotik, ať již při implantaci vlastní endoprotézy, nebo v případě užití dočasných spacerů po extrakci infikované endoprotézy.

V celé populaci přibývá pacientů s implantovanou kloubní náhradou a stále častěji jsou to i polymorbidní pacienti s vyšším rizikem komplikací. Jednou z nejzávažnějších komplikací alopplastiky je její infekt. Infekce endoprotéz lze rozdělit na časné, které jsou v souvislosti s operačním výkonem. Zde je zcela primární maximální možná prevence. Důležitá je příprava pacienta a eliminace všech případných fokusů, přísné dodržování režimu na operačních sálech a operační technika. V případě cementovaných protéz se doporučuje použití cementů s antibiotikem, vedoucí ke čtyřnásobnému snížení rizik infekce totální endoprotézy (TEP), která se podle statistik u kyčelních kloubů vyskytují asi v 1 % a u kolenních kloubů ve 2 % případů. Samozřejmostí je správně prováděná ATB profylaxe, a to jak stran načasování, tak i dávky. Zde je doporučeno podání cefalosporinů 30 minut před výkonem dle hmotnosti pacienta a podávání po dobu 24 hodin po výkonu. Druhou skupinou infektů jsou pozdní hematogenní infekce.

Infekce TEP se liší od infekcí v ostatních lokalitách jak symptomatologií, tak spektrem nejčastějších patogenů. Rozhodující je schopnost bakterií vytvářet na povrchu endoprotézy biofilm, který brání působení řady antibiotik, takže bez operační léčby není možné infekci zlikvidovat. Zcela zásadní je diagnostika infekce. U většiny případů bývá přítomen pouze určitý diskomfort v oblasti kloubu. Může být lehce zvýšené CRP a sedimentace. RTG známky uvolnění jsou až u pokročilých stavů.

Za nezbytnou považujeme punkci kloubu s endoprotézou. Tato se provádí za aseptických podmínek po vysazení antibiotik minimálně po dobu 2 týdnů. Punktát se odesílá na kultivační vyšetření, přičemž je požadována vždy prolongovaná kultivace minimálně 2 týdny. Pozitivní kultivace umožňuje správnou volbu parenterálně podaných antibiotik již v době vlastní operace a také použití správného antibiotika do fixačního cementu či spaceru. Dále je materiál odeslán na stanovení počtu leukocytů a polymorfonukleárních a biochemické vyšetření. Jako nové metody se ukazuje stanovení CRP z punktátu a především stanovení hladiny alfa-defensinu, který by měl být 100% specifický i senzitivní.

Akutní infekt TEP – do 3 týdnů od vypuknutí příznaků – lze při dobrých lokálních podmínkách a zjištění citlivé bakterie zkusit řešit prostou revizí endoprotézy s výměnou mobilních částí. Úspěšnost této metody se pohybuje mezi 50–90 %. U ostatních infektů je možná dvoudobá výměna, kdy se v první době odstraňuje endoprotéza, veškerý cizí materiál i zánětem postižená tkáň a implantuje se cementový spacer s antibiotiky dle citlivosti. Poté se v druhé době po zvládnutí infekce implantuje nová endoprotéza. V současné době je trend zkracovat interval mezi 1. a 2. fází.

Alternativní metodou je jednodobá výměna. Zde je jednoznačnou podmínkou znalost patogenu. V jedné době se provede extrakce materiálu, odstranění všech zánětem postižených tkání a implantace cementované endoprotézy. Do cementu se pak přidávají antibiotika dle citlivosti a současně se po dobu cca 6 týdnů podává kombinace antibiotik zaměřená proti dané bakterii a proti biofilmu, který vytváří. U obou metod se pohybuje

procento vyléčení okolo 90 %. U jednodobé reimplantace je o několik procent nižší, ale zároveň se výrazně snižují náklady na výkon i riziko komplikací.

U neřešitelných stavů je variantou prostá extrakce endoprotézy, kontrolovaná píštěl s ATB supresí či amputace.

Vzhledem k tomu, že stále přibývá rezistentních kmenů (u ortopedických pacientů jde především o MRSA a MRSE), přicházejí na trh nové cementy s antibiotiky zaměřenými na tyto mikroby. K původnímu cementu s gentamicinem přibývá zejména pro revize cement s kombinací gentamicin a vankomicin.

Ortopedické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích patří v České republice k předním pracovištím zabývajícím se touto problematikou a díky optimální spolupráci mezi naším oddělením a odděleními infekčním, mikrobiologickým, anesteziologicko-resuscitačním a radiologickým je péče o tyto pacienty na velmi vysoké úrovni. Tato spolupráce umožňuje zefektivnění léčby, a tím snížení vysokých nákladů na péči o tyto pacienty. V Evropské unii se pohybují náklady na jednu infikovanou totální endoprotézu okolo 50 000 eur. V českobudějovické nemocnici jsou výrazně nižší.

KARDIOCHIRURGICKÝ SEMINÁŘ V SALZBURGU

MUDr. Jiří Holý, PhD.



Již od roku 1993 organizuje nadace „American Austrian Foundation“ společně s fakultou „Weill Cornell Medical College“ (New York) týdenní semináře v rakouském Solnohradu (Salzburg). Témata těchto seminářů jsou volena z různých medicínských odvětví, od oborů interních po chirurgické, nevyjímaje však ani organizaci zdravotnictví. Za touto aktivitou stojí několik kolegů – odborníků a nadšenců jak z Rakouska, tak ze Spojených států amerických,

kterí si původně vzali za cíl zpřístupnit kolegům za bývalou „železnou oponou“ odborné poznatky, které jim byly dosud dostupné jen obtížně či vůbec.

Na takovýto týdenní seminář s tématem „kardiologie“ jsem 20. října 2013 do Salzburgu dorazil i já. Obdobnou možnost jsem měl již před deseti lety, tehdy se tyto semináře konaly též v Salzburgu, ale v zámku Leopoldskron. Tento zámek poskytoval prostředí vskutku nádherné, zážitkem byla i pouhá procházka po schodišti zdobeném historickými obrazy, ze kterých na nás shlíželi naši bývalí společní rakousko-uherská mocnáři. Žel před několika lety tento zámek postihl požár, který sice nikoho nezranil, ač tam právě jeden ze seminářů probíhal, zničil však zařízení uvnitř včetně počítačů. Organizátorům se podařilo vše rychle obnovit a zajistit i nové, neméně reprezentativní prostory v zámku Arenberg. Fakt, že se termíny dalších seminářů nemusely ani rušit, ani posouvat, svědčí o velkém nadšení a schopnostech organizátorů. Takže i můj kardiologický seminář se nyní konal v zámku Arenberg.

Přednášející představovali špičku svých oborů. Co se týče účastníků – posluchačů („fellows“), necestovali letos pouze ze zemí bývalého východního bloku, nejzápadnější vlast jednoho z účastníků byla Mexiko, nejjižnější Tanzánie, nejsevernější Estonsko a nejvýchodnější Kyrgyzstán.

Jednou z podmínek účasti byla vlastní prezentace kazuistiky, kterou si každý z účastníků připravil ještě před příjezdem do Salzburgu „za domácí úkol“. Fakulta nás seznámila s principy, které jsme měli při přípravě zohlednit a které se týkaly jak autorských práv, tak ochrany osobních dat. Přednesl jsem příspěvek s názvem: „Neobvykle vynikající

výsledek intoxikace mladého muže několika léky včetně rivaroxabanu“. Šlo o případ 36letého muže léčeného pro hypertrofickou kardiomyopatii a flebotrombózu podklíčkové vény, který v suicidálním úmyslu požil cca 2100 mg sertralinu, 60 mg olanzapinu, 960 mg verapamilu, 560 mg rivaroxabanu a blíže neurčené množství alkoholu. Šlo o stav zpočátku velice závažný, s bezvědomím, křečemi, hypoventilací a hypotermií, který si vyžádal hospitalizaci na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení, rychle však dochází ke stabilizaci stavu, nemocný je přeložen na interní oddělení a odtud po několika dnech bez následků propuštěn. U tohoto nemocného nedošlo k žádnému závažnému krvácení, objevila se pouze mírná hematurie, což lze vysvětlit tzv. „ceiling“ efektem čili efektem stropu popsáním u rivaroxabanu, kdy je absorpce velkých dávek tohoto léku omezena.

Zřejmě není nutné dodávat, že město, v jehož ulicích se jako malý chlapec proháněl jak Wolfgang Amadeus Mozart, tak i Christian Doppler, je městem neobyčejně krásným. Pro účastníky seminářů, kteří poslouchají přednášky, sami přednáší a píší vstupní i výstupní testy je však uzavřené skoro stejně jako stovky visacích zámků („love locks“) na jednom z mostů pro pěší přes řeku Salzach.

EVROPSKÝ RESUSCITAČNÍ KONGRES V KRAKOWĚ

MUDr. Nad'a Pavlíčková

Ve dnech 25.–26. 10. 2013 jsem se zúčastnila v starodávném královském městě Krakow evropského Vědeckého symposia Evropské resuscitační rady na téma „Outcomes“, které pořádaly Polská resuscitační rada a Evropská resuscitační rada.

Hlavní náplň kongresu se zaměřila na výsledný neurologický stav pacientů po resuscitaci a kvalitu jejich dalšího života. Protože Evropská resuscitační rada slavila 25 let od svého založení, hodnotilo několik úvodních přednášek dosažené úspěchy a pokrok v resuscitační medicíně, ale věnovalo se i dalším úkolům a zlepšování, které nás všechny čekají.

Vědecká sdělení se zabývala možnostmi a metodami zlepšování neurologického stavu po resuscitaci, jeho hodnocením, statistice, monitoraci a prognóze. Zajímavý blok s často protichůdnými názory expertů ohledně priorit výkonů se věnoval srdeční zástavě u traumatických pacientů. Další blok byl o odlišnostech při resuscitaci dětí a novorozenců, hlavně s důrazem na nutnost okamžitého kvalitního dýchání. Jiný se zabýval posuzováním efektivity resuscitace pomocí přístrojů (ultrazvuk, kapnometrie, oxymetrie, BIS). Na programu byly i reverzibilní příčiny zástavy oběhu, tzv. 4H a 4T.

Velký blok byl o efektivní komunikaci mezi zdravotníky ve vypjatých situacích, správném vedení resuscitačního týmu, spolupráci mezi členy týmu a vyhodnocování proběhlých kritických situací s tím, že lidské faktory mají stejně velký vliv na zdárné zvládnutí resuscitace jako technické dovednosti. Probíraly se i eticky ožehavé otázky ohledně pokračování či ukončení resuscitace.

Mnoho přednášek doplňovaly zajímavé kazuistiky. Souběžně s přednáškami běžely po oba dny skvěle organizované workshopy. Protože dobrý neurologický stav po kardiopulmonální resuscitaci je podmíněn jejím správným prováděním, což znamená včasnou, minimálně přerušovanou a účinně prováděnou masáž srdeční a umělé dýchání, všechny workshopy umožňovaly praktický nácvik a použití různých pomůcek: pro mechanickou masáž srdeční (Lucas, Autopulse), pro hodnocení účinnosti resuscitace (kapnometrie, feedback devices, prompt devices) a pro intraoseální přístup do řečiště. Jeden workshop byl zaměřen na komunikaci uvnitř resuscitačního týmu.

Kongres svým zaměřením zejména na praktické postupy při resuscitaci určitě pomohl k tomu, abychom se co nejlépe snažili naplňovat hlavní cíl Evropské resuscitační rady „Zachovávat lidský život dostupností vysoce kvalitní resuscitace pro všechny.“

ČESKOBUDĚJOVICKÁ NEMOCNICE SE PREZENTOVALA V KAPSKÉM MĚSTĚ

MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.

4. kongres mezinárodní společnosti intraoperační neurofyziologie (International Society of Intraoperative Neurophysiology – ISIN), konaný 14.–16. 11. 2013 v Kapském Městě měl několik významných atributů. Jelikož se poprvé konal mimo Evropu, společnost potvrdila svůj záměr celosvětové dimenze. Poprvé se zde čeští autoři prosadili v bloku přednášek. Česká výprava byla ve srovnání s minulými lety zatím nejpočetnější, stejně tak i množství příspěvků našich autorů. Tři jednací dny obsahovaly pestrý a vysoce hodnotný odborný program: Zaznělo celkem 19 zvaných souhrnných sdělení a 29 přednášek v šesti blocích, dvě z těchto sdělení byly z ČR. Dále bylo možné se účastnit tří diskuzních bloků se zaměřením především na způsob výuky a získávání odborné kvalifikace; každé ráno se konaly dva paralelní bloky, prakticky zaměřené „breakfast seminars“; a v neposlední řadě se nabízela sekce komentovaných posterů, kde jsme také nezůstali pozadu.

Tématem sdělení s afiliací naší nemocnice bylo v současné době jedno z diskutovaných témat světové odborné literatury v oblasti intraoperační neurofyziologie, to znamená identifikace motorické (pyramidové) dráhy mozku při operaci expanzí tuto oblast ohrožujících. Jde o komparaci mezi zobrazením dráhy na magnetické rezonanci (traktografie-DTI) na straně jedné a neurofyziologickým sledováním při operaci a přímým určením dráhy v operačním poli (motorickými evokovanými potenciály-MEP). Přesná a spolehlivá identifikace této dráhy je zcela zásadní pro outcome pacientů a kvalitu života. Zvýšení radikality resekce při současném zachování motorických funkcí zlepšuje životní prognózu pacientů s gliomy. Nekompletní resekce nebo naopak trvalý deficit jsou nepříznivými prediktory přežití.

Studie z neurochirurgického pracoviště byla zaměřena na spolehlivost a soulad obou způsobů identifikace pyramidové dráhy. DTI je MR sekvence, v níž lze na základě anizotropie difuze vody vypočítat průběh vláken nervových drah v mozku. Traktografický obraz je vložen do navigace a neurochirurg jej má k dispozici v reálném čase při operaci na sále. Elektrickou stimulací na stěnách resekční dutiny lze určit, v kterých místech a jak hluboko pod povrchem probíhají vlákna pyramidové dráhy. Pokud jsou vlákna podrážděna, projeví se odpovědí v podobě kontrakce svalu – MEP.

Řada světových prací dokumentuje více či méně dobrý soulad zmíněných metod určení dráhy. Variabilita dat je však příliš velká a není zřejmá jejich konsistence v reálných podmínkách každodenní praxe. Naše práce se zabývala právě spolehlivostí každodenního použití těchto technik. Traktografie se potýká s řadou nepřesností jak při pořízení obrazu, zpracování, tak i při vlastním použití. Predikce nedokonalostí obrazu není možná. Intraoperačním MR zobrazením lze odstranit pouze malou část z nich. Neurofyziologická identifikace a lokalizace dráhy má řadu výhod. Je funkčně specifická, má prediktivní funkci výsledku a lze ji provádět opakovaně v průběhu operace. Limity v podobě anestezie a předoperační parézy lze jednoduchými opatřeními eliminovat.

Závěr má výstup uplatnitelný v každodenní praxi. Byla ověřena konsistence a spolehlivost neurofyziologického mapování, která převyšovala spolehlivost zobrazení traktografického. Neurofyziologie má další výhody v podobě téměř neomezeného opakování během operace, značně nižší náročnosti technické i hmotné proti MR zobrazení. Tato zjištění nediskvalifikují centra bez intraoperační MR, naopak dále zvyšuje potenciál pracovišť s etablovanou intraoperační neurofyziologickou praxí.

Odborné příspěvky na kongresu byly obecně velmi kvalitní a odpovídaly světové úrovni. Dvouletá perioda konání kongresu potvrzuje, že toto není faktorem, který by snižoval kredit akce (evropský neurofyziologický sjezd má periodu tříletou, světový dokonce čtyřletou)! Odborné diskuse byly věcné a často velmi živé, jak v auditoriu, tak i v kuloárech. Příspěvek českých autorů v podobě dvou přednášek a jednoho posteru ukazuje

na kvalitu práce českých neurofyziologů v oblasti intraoperační neurofyziologie. Nutno si však přiznat, že je to zřejmě limit našich možností vzhledem k počtu pracovníků v tomto oboru ve srovnání např. se zeměmi západní Evropy. Měla by to být však také motivace k další práci, protože i s tímto málem jsme schopni se prosadit na světovém fóru. Velmi příjemné ovzduší této společnosti nahrává navazování odborných kontaktů, což přispělo ke zviditelnění pracoviště. Konání sjezdu v prostředí třetího světa mělo odraz i v odborném programu, který se zabýval také perspektivou této odborné činnosti v těchto zemích.

AOTRAUMA VIDEOSEMINÁŘ SIOFOK

MUDr. Martin Kloub

15.–16. 11. 2013 se v maďarském Siofóku konalo videosymposium, kterého jsem se aktivně zúčastnil.

Filozofie videosymposia je založena na prezentaci 8–10 minut dlouhých videí, která obsahují sestříhané nejdůležitější momenty z chirurgického výkonu, v případě traumatologie zejména operační přístup, reпозиční techniky a strategie osteosyntézy. Oproti tzv. „live-surgery“, tedy přenosům přímo z operačního sálu, má videosymposium dvě zásadní výhody: Jednak je to přítomnost operátora přímo v přednáškovém sále – komentuje video a odpovídá na otázky účastníků, jednak možnost prezentovat mnohonásobně více prezentací. Při správném střihu pak odpadají nezáživné momenty a účastníci si odnášejí „pohled do kuchyně chirurga“. Vzorem pro tuto akci byla videosymposia v Hannoveru a následně i Českých Budějovicích pořádaná v letech 2006–2009.

Seminář v Siofoku byl zaměřen na traumatologii horní končetiny. Kromě odborných momentů mi osobně opět potvrdil dva důležité momenty – 1) pro mnoho chirurgů je tento typ kongresu zásadně odlišný od jiných, to ukazuje vysoká účast kolem 90 maďarských účastníků, 2) pro optimální videoprezentaci je potřeba šťastná souhra několika činitelů – kamera k dispozici na sále, správný případ, správně ošetřený a správně natočený, a nakonec dostatečně nemilosrdný střih. Pozorovat několik minut suturu podkoží nebo nerozeznat díky nekvalitnímu osvětlení krev od skeletu snižuje přínosnost prezentace na minimum. Těmto problémům se nevyhnulo ani maďarské videosymposium, rozdíly mezi kvalitou videoprezentací byly značné, bohužel těch opravdu kvalitních byla spíše menší část. K těm lepším patřily části týkající se ošetření zlomenin a luxací klíční kosti a dlahování humeru a umožnily tak porovnání maďarské praxe s přístupy používanými v České republice.

Mé videoprezentace Hřebování nitrokloubních zlomenin proximálního humeru, Komplexní zlomeniny proximálního předloktí a Tahová cerkláž olecranu ukázaly taktiku ošetření těchto úrazů na našem oddělení.

ENDOPROTETICKÝ OPERAČNÍ KURZ VE VELKÉ BRITÁNII

MUDr. Pavel Sadovský



Firma Zimmer v rámci proškolení lékařů pracujících s implantáty pořádá operační kurzy věnované problematice endoprotetiky. Díky tomu jsem měl možnost účastnit se ve skotském městě Glasgow 21.–22. 11. 2013 akce, věnované reoperacím a reviz-

ním operacím po náhradách kolenního kloubu. Školiteli byli angličtí ortopedi a dr. Klauser z hamburské Endoclinic. Toto pracoviště provádí ročně kolem šesti tisíc operací endoprotéz a má tak největší zkušenosti s reoperacemi.

S narůstajícím počtem implantací endoprotéz narůstá i počet selhání a nutných reope-

rací. Vlastní reoperace jsou velmi závažné výkony, jednak svým rozsahem, jednak proto, že se týkají pacientů ve vyšších věkových kategoriích. Velké procento komplikací po totálních endoprotézách je navíc způsobeno infekcemi, které celkový stav pacienta dále komplikují. Reimplantace jsou rozsáhlé výkony s nutností odstranění selhané endoprotézy. Po důkladné přípravě a očištění tkání a kosti je reimplantována speciální endoprotéza s drůtky. Při výkonu se používá celkem složité, ale sofistikované instrumentarium, které spolu s množstvím různých tvarů a variant komponent dává dobrou možnost nové reimplantace.

Kurzu se zúčastnili zejména lékaři z Velké Británie, ale i z Polska, Ruska a Německa. I když na našem pracovišti provádíme tyto reimplantace rutinně, přesto účast na kurzu byla pro mě velmi přínosná, protože jsme měli možnost prodiskutovat různé složité kauzistiky a podělit se s nejzkušenějšími operátory v tomto oboru o různé triky a operační „fígle“.

KONGRES AMERICKÉ HEMATOLOGICKÉ ASOCIACE – ASH 2013

MUDr. Ivan Vonke, MBA

Tento kongres se koná pravidelně v prosinci každého roku a v pořadatelské se střídá několik amerických měst. Letošek vyšel na New Orleans. Jde o monstrózní akci trvající 4 dny plus jeden den věnovaný satelitním symposiím. Počet účastníků se pohybuje zpravidla mezi 15 a 20 tisíci. Z pohledu hematologa to je nejprestižnější akce roku, na které jsou prezentovány nejdůležitější novinky.

Vzhledem k rozsahu akce je obtížné se podrobněji zaměřit na některou specifickou oblast. Proto se pokusím stručně popsat základní aktuální trendy. Celkově lze říct, že letošní kongres Americké hematologické asociace na rozdíl od několika předchozích nepřinesl žádné převratné novinky. Většinu sdělení lze popsat haškovským mírným pokrokem v mezích zákona.

Jednoznačné je, že v onkohematologii je základem všeho pochopení regulace proliferace a apoptózy a vlivy jednotlivých mutací, které tyto cesty postihují. Nejprestižnější světová pracoviště již u akutních leukemií a myelodysplastických syndromů opouštějí tradiční identifikaci jednotlivých mutací a přiklání se sekvenovat u každého nemocného celý genom a v závislosti na individuálních mutacích „ušít“ léčbu na míru. Problém bude samozřejmě v tom, že celosvětově je nyní maximálně 20 pracovišť, která jsou schopna toto ekonomicky, technicky a hlavně vědomostně zvládnout.

Z hlediska problematiky, kterou denně řešíme na našem pracovišti, jsou nejzajímavějšími diagnózami mnohočetný myelom a chronická lymfatická leukemie. U chronické lymfatické leukemie opouštějí fázi „dvojkových“ studií nové protilátky spadající do kategorie tzv. biologické léčby. Přinášejí lepší účinnost, zvláště u některých problematických mutací, menší toxicitu za několikanásobně vyšší cenu. Zároveň je však jasné, že ani tato léčba není schopna řešit problém vysoce rizikových pacientů, takže u této diagnózy zároveň přibývá alogenních transplantací kostní dřeně. Autologní transplantace u chronické lymfatické leukemie jsou zřejmě definitivně mimo hru. U mnohočetného myelomu po bouřlivém vývoji v posledních letech se zdá, že na obzoru aktuálně není žádný nový přelomový lék. Stále jasněji se však ukazuje potřeba dlouhodobých udržovacích léčeb. Po diskusích z posledních let se zřejmě ustálil názor na tom, že k udržovací léčbě lze použít prakticky jakýkoli z nových léků na mnohočetný myelom.

Z pohledu nehematologa je asi nejzajímavější vývoj na poli genových manipulací. Ideálním kandidátem na tuto léčbu jsou hemofilie – dobře zdokumentovaná dědičná onemocnění, u kterých je detailně známá struktura poškozené molekuly včetně funkce jejích jednotlivých částí. Zároveň jsou hemofilie z hlediska nákladů extrémně drahá onemocnění, což ospravedlňuje vysoké náklady vložené do výzkumu. První studie

na pacientech s hemofilií A byly zahájeny již asi před 15 lety a dlouho se zdálo, že pozitivní vývoj je v nedohlednu. Všechny výzkumné týmy končily tím, že bylo dosaženo jen minimálního zvýšení faktoru VIII a tento efekt přetrvával jen několik málo měsíců.

Postupně se výzkum v této oblasti od hemofilie A přesunoval k hemofilii B. Pacientů s hemofilií B je sice podstatně méně než pacientů s hemofilií A, ale faktor IX je oproti faktoru VIII podstatně menší molekula, a tudíž je nutné přenést podstatně menší množství genetické informace. U hemofilie B se před 3 lety podařil první průlom, kdy u léčených pacientů bylo dosaženo významného zvýšení hladiny faktoru IX a podařilo se překonat prvotní imunitní reakci organismu, která v předchozích studiích vedla k zániku klonu modifikovaných buněk. Aktualizovaná data po třech letech ukazují, že léčení pacienti mají stále stabilní hladinu faktoru IX, která neklesá. Přidávají se další pracoviště používající identické nebo velmi podobné postupy a všechna pracoviště hlásí podobně pozitivní výsledky. Již byl zahájen proces směřující ke schválení léčby mimo klinické studie v běžné klinické praxi. Získané poznatky již byly aplikovány k léčbě jednotlivých pacientů s jinými, nehematologickými chorobami. Limitujícím faktorem je v tuto chvíli omezená přenosová kapacita zvoleného vektoru – viru a nemožnost překonat vliv některých blokujících protilátek. Z toho vyplývá, že léčbu lze použít pouze u pacientů, kde je nutné přenést jen relativně malé množství genetické informace a někteří pacienti nemohou tuto léčbu úspěšně podstoupit, protože imunitní reakce organismu modifikované buňky rychle zlikviduje.

Hemofilie A je na hranici, spíše za hranicí aktuálních technických možností, k léčbě se však nabízí celá řada jiných vrozených chorob mimo oblast hematologie.

Na závěr chci zdůraznit důležitost účasti na kongresech té nejvyšší kategorie. Jejich prestiž se odvíjí do značné míry od nezávislosti na marketingových tlacích, a i když ekonomické realitě nelze nikdy zcela uniknout, tak organizátoři zpravidla velmi dbají na celkovou vyváženost podávaných informací. V době, kdy velká část odborných informací, s kterými jsme konfrontováni, je účelově filtrována a dávkována, je určitý nadhled naprostou nezbytností.

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

ZMĚNA NA POSTU PRIMÁŘE INTERNÍHO ODDĚLENÍ

Od 1. 1. 2014 vede Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. dosavadní zástupkyně primáře MUDr. Marie Pešková. Pan primář MUDr. Pavel Havránek dal svou funkci k dispozici vzhledem k odchodu do důchodu. Na oddělení jej však budeme potkávat i nadále. Jak se zmínil předseda představenstva MUDr. Břetislav Šon při oficiálním poděkování na primářské schůzi 18. 12. 2013, bude MUDr. Pavel Havránek mimo jiné aktivní při organizaci a naplní praxí mediků. Zástupcem primářky je MUDr. Martin Holý.

šot

VZPOMÍNKA NA PRIM. MUDr. MIROSLAVA KLOUDU

MUDr. Miroslav Verner



Pana primáře MUDr. Miroslava Kloudu (31. 10. 1932 až 27. 8. 2013) – „Mirka“ – jsem osobně znal od r. 1984. V té době jsem se začal hlouběji zamýšlet nad významem laboratoří a případných osobních perspektivách v klinické biochemii. S velkým respektem a ostychem jsem si s ním dojednal první konzultaci.

Od Mirka a jeho nejbližších spolupracovníků jsem se dověděl, jak původně dětský lékař „na kolečku“ chodil do skromné laboratoře osobně provádět některé biochemické analýzy. Po absolvování

„kolečka“, díky svým laboratorním výpravám začal ještě před atestací inklinovat k laboratorní medicíně, přičemž toto slovní spojení jsem tenkrát slyšel poprvé, přednostně ke klinické biochemii a hematologii. Proto se přihlásil k atestaci z klinické biochemie. Díky úspěšně složeným atestacím a zájmu o obor se r. 1974 stal vedoucím lékařem Laboratoře klinické biochemie a hematologie na Krajské poliklinice Jih v Českých Budějovicích. Po úmrtí primáře MUDr. Jana Vyhnánka nastoupil v Krajské nemocnici České Budějovice v roce 1980 na místo primáře Oddělení klinické biochemie, kde setrval až do důchodu v roce 1996.

Pokud se bavíte s jeho bývalými spolupracovníky, víte, že Mirek byl skutečně erudovaný biochemik, v kolektivu velmi oblíben, problémy, které se vyskytly, řešil v klidu a s nadhledem, nikdy nezvýšil hlas.

Stále se snažil se, aby mělo Oddělení klinické biochemie českobudějovické nemocnice dobré jméno. S jeho příchodem došlo k významnému rozvoji oddělení, významné obměně techniky a informačního zázemí, což se předtím zdálo prakticky nerealizovatelné a nemožné. Po svém odchodu do důchodu pracoval stále v oboru, a sice jako vedoucí lékař privátní laboratoře. Přestože byl v posledních letech nemocný, neustále se vzdělával, tak jak byl zvyklý činit celý svůj život. Dá se říci, že pracoval do posledních dnů svého života.

Mirek Klouda nás opustil dne 27. 8. 2013, paralyzován svou těžkou nemocí.

Čest jeho památce!

ODEŠEL PROFESOR MUDr. VLADISLAV POTUŽNÍK, DrSc. MUDr. Magda Balejová



9. prosince 2013 zemřel ve věku nedožitých 90 let mikrobiolog, prof. MUDr. Vladislav Potužník, DrSc. Pan profesor Potužník se velmi zasloužil o rozvoj českobudějovické mikrobiologie, kterou vedl od roku 1956 do jara 1989 zprvu v bývalé Vojenské nemocnici, později jako součást Krajské hygienické stanice.

Pod jeho vedením se podařilo zajistit laboratoři na tehdejší dobu nadstandardní vybavení i úroveň. Hlavním odborným zájmem a přínosem prof. MUDr. V. Potužníka, DrSc. pro českou mikrobiologii bylo, kromě jiného, zavedení nových moderních způsobů hemokultivace i racionální antibiotické terapie. Byl rovněž autorem mnoha odborných publikací.

Poslední rozloučení se zesnulým se konalo ve čtvrtek 19. prosince 2013 v 10.30 hodin v českobudějovickém krematoriu.

ŽIVOTNÍ JUBILEA V OBDOBÍ 1. 7. 2013 – 31. 12. 2013

ŠVÁBOVÁ Jana
MUDr. ZIKMUNDOVÁ Zuzana
PROCHÁZKOVÁ Jitka
NETOČNÁ Martina
KADOUNOVÁ Božena
BYSTRÝ Zdeněk
ZBOROVSKÁ Miluše
KUBÍČKOVÁ Pavla
HÁLKOVÁ Ivana
STOLBENKOVÁ Eva

Odd. zaměstnanecké
Odd. následné péče 1
Odd. rehabilitační
Laboratoř hematologie
Odd. dětské
Odd. následné péče 1
Odd. ženské
Odd. onkologické
Laboratoř klinické chemie
Laboratoř parazitologie a mykologie

CHALOUPKOVÁ Eva
MUDr. DOLEŽALOVÁ Ilona
HOBIZALOVÁ Marie
VONDRUŠKOVÁ Jindra
ŠANDOVÁ Jitka
FANTOVÁ Jaroslava
ČADOVÁ Martin
WIMMEROVÁ Monika
MUDr. ČÍŽEK Jindřich
TRAJEROVÁ Lenka
MUDr. LHOTÁKOVÁ Libuše
WEISSOVÁ Dana
SVAČINOVÁ Hana

Laboratoř bakteriologie
Odd. anesteziologicko-resuscitační
Odd. dětské
Zdravotnická doprava
Odd. úrazové chirurgie
Kardiocentrum – kardiologie
Odd. anesteziologicko-resuscitační
Odd. ortopedické
Odd. dětské
Odd. neonatologické
Odd. nervové
Odd. infekční
Odd. provozně administrativní



MUDr. ZDVOŘÁK Jiří
MUDr. KANTOROVÁ Eva
VORLÍČKOVÁ Helena
MUDr. TYČ Zdeněk
MAROUŠEK Pavel
NOVOTNÝ Miroslav
prim. MUDr. SMRČKA Vladislav
NOVÁKOVÁ Alena
JAUKEROVÁ Zdeňka
BÁRTOVÁ Vladimíra
ENDLOVÁ Vratislava
BACHCEVANIDISOVÁ Alena
EHRELOVÁ Blanka
MINDEKOVÁ Dana
FENCL Josef
ŘEDINOVÁ Lubomíra
TURKOVÁ Miloslava
prim. MUDr. KUTA Bohuslav, MBA
HOMOLKOVÁ Eva
RAUŠOVÁ Jana
SVOBODOVÁ Jaroslava

Odd. infekční
Obor lékařská genetika
Odd. oční
Odd. radiologické
Odd. ortopedické
Kardiocentrum – kardiochirurgie
Odd. dětské
Laboratoř klinické chemie
Odd. neonatologické
Odd. urologické
Odd. chirurgické
Odd. radiologické
Odd. ušní, nosní, krční
Odd. obchodní
Odd. následné péče 2
Odd. rehabilitační
Plicní léčebna
Odd. anesteziologicko-resuscitační
Kardiocentrum – kardiologie
Odd. plicní a TBC
Odd. ženské



prim. MUDr. LOUDA Vojtěch
MUDr. BOUČKOVÁ Ludmila

Odd. chirurgické
Odd. urologické

UKONČENÉ SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V OBDOBÍ OD 1. 7. 2013 DO 30. 11. 2013

Bc. TESAŘOVÁ Lucie
Mgr. VLASOVÁ Martina
BRČÁKOVÁ Libuše
MUDr. KRATOCHVÍL Vojtěch
Mgr. SOUKUPOVÁ Tereza
MUDr. HUŠKOVÁ Martina

Odd. transfúzní
Laboratoř bakteriologie
Odd. následné péče 2
Odd. nukleární medicíny
Odd. následné péče 2
Odd. onkologické

MÍSTNÍ ORGANIZACE LÉKAŘSKÉHO ODBOROVÉHO KLUBU

MUDr. Filip Šísl

Místní organizace Lékařského odborového klubu – SČL Nemocnice České Budějovice, a.s. se ve 2. polovině letošního roku snažila spolu s vedením nemocnice najít řešení, jak dodržet novou směrnici o přesčasové práci, která platí od 1. 1. 2014 a umožňuje odsloužit zaměstnancům pouze 416 hodin přesčas ročně.

Již na první pohled je patrné, že v drtivé většině českých nemocnic nebude možné toto zákonné zadání dodržet a již od 4. až 5. měsíce roku 2014 bude porušován zákon v zájmu zachování dostupnosti zdravotní péče občanům naší země. Vzhledem k tomu, že přechodové období trávající mnoho let od doby ratifikace této směrnice Česká republika promrhala a české nemocnice se personálně na tuto zcela zásadní a průlomovou změnu nepřipravily, nelze v této záležitosti dalších 6–10 letech očekávat zjednaní nápravy, jelikož nemocničních lékařů není dostatek, byť nám politická garnitura tvrdí již léta pravý opak.

LOK - SČL se bude proto nadále snažit prosazovat systémové změny zejména ve financování českého zdravotnictví a v oblasti specializačního vzdělávání lékařů, protože jen tak lze dosáhnout v horizontu několika let změny a čeští nemocniční lékaři nebudou muset trávit většinu svého volného času na svých pracovištích, takže se přiblíží poměrům panujícím v civilizované Evropě.

To ovšem nevyřeší situaci pro rok 2014 a několik let následujících. Bohužel i v naší nemocnici budeme nuceni na mnohých odděleních zákon porušit, pokud nechceme ohrozit zdraví a životy našich pacientů. A myslím, že je potřeba to takto také otevřeně říkat veřejnosti, nikoliv se tento problém snažit zakrývat.

Z výše uvedeného je patrné, čím se budeme muset nadále zabývat i v dalších měsících. K tomu nás čeká kolektivní vyjednávání s cílem uzavřít novou kolektivní smlouvu na následující 2 roky.

Ačkoliv výhled českých nemocničních lékařů do budoucna nevypadá příliš optimisticky, dovoluji si popřát nám všem do roku 2014 jen to nejlepší.

ZÁKLADNÍ ORGANIZACE ODBOROVÉHO SVAZU ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE ČR

Mgr. Lubomír Franci



V létě bylo jako každý rok hlavním úkolem zajištění provozu letního dětského tábora ve Slavkově. Vzhledem k menšímu počtu dětí se uskutečnily v letošním roce opět pouze dva běhy, které měly všechny kladný ohlas. Nyní jednáme o zajištění táborů v dalších letech, přičemž jsme jedna z mála organizací Odborového svazu zdravotnictví, která je ještě pořádá.

V září jsme dle schváleného rozpočtu rozdělili prostředky základní organizace na půjčky pro naše členy. Preferenci jako v minulých letech mělo zabezpečení bydlení (koupě bytu, rekonstrukce apod.).

V říjnu proběhly volby výboru naší základní organizace. Výbor pracuje ve „staro-novém složení“: předseda Mgr. Lubomír Franc, místopředsedkyně Zdeňka Jaukerová, jednatelka Jaroslava Frolíková, hospodářka Alena Sedláčková, nově zvoleným byl člen výboru pověřený oblastí bezpečnosti a ochrany zdraví při práci Bc. Jan Šusta.

V současné době připravujeme zásady hospodaření naší odborové organizace, aby její členové mohli čerpat výhody tak jako v roce 2013: půjčky, příspěvky pro své děti na letní i zimní tábory, příspěvek na rehabilitaci apod. **Opět připomínám, že pokud člen dostává dávky ze sociálního pojištění celý měsíc (z důvodu pracovní neschopnosti), a nejsou mu tedy provedeny odvody členských příspěvků srážkou ze mzdy, musí si za tento měsíc sám uhradit udržovací příspěvek ve výši 10,- Kč za měsíc. Tito členové musí proto zaplatit členský příspěvek hotově. Upozorňuji, že pokud člen nemá řádně uhrazeny své příspěvky, nemůže využívat např. čerpání prostředků základní organizace dle schválených zásad hospodaření.**

Dne 4. 10. 2013 se v restauraci U kaštanu ve Včelné uskutečnilo tradiční setkání důchodců – bývalých zaměstnanců nemocnice, členů odborové organizace. Tohoto setkání se zúčastnilo více než padesát bývalých zaměstnanců. Za vedení Nemocnice České Budějovice, a.s. se setkání bohužel z pracovních důvodů již poněkolkáté nemohl zúčastnit nikdo. Těšíme se, že se příště tohoto setkání zúčastní i zástupce vedení společnosti, jak bývalo v minulých letech dobrým zvykem, a což bylo vždy kvitováno s povděkem.

O měsíc později, 9. 11. 2013 uspořádala naše organizace pro současné i bývalé zaměstnance, své členy, zájezd do Gmündu. Na program byla prohlídka města spojená s nákupy a poté návštěva zdejšího aquaparku. Bohužel se účastnilo velice málo členů. Nově zvolený výbor se bude muset zabývat otázkou, zda má vůbec smysl takové akce v budoucnu pořádat.

V rámci Českomoravské konfederace odborových svazů byl zřízen slevový portál **www.odboryplus.cz**. Hlavním cílem tohoto programu je pomoci členům odborů efektivně snižovat jejich finanční zátěž. Členstvím v tomto benefičním programu lze získat po založení členské karty následující výhody:

Oblast financí

1. Založení běžného účtu u EQUA bank včetně platební karty s výhodami: zřízení účtu – bezplatně, **bonus – 500,- Kč**, vedení účtu – bezplatně, internetové a mobilní bankovníctví – zdarma, trvalé příkazy, inkasa, příchozí/odchozí platby – bezplatně, výběr z jakéhokoli bankomatu v ČR – bez poplatku, výběr v zahraničí – poplatek pouze 9,- Kč. Banka má standardně pojištěné vklady klientů do 100 000 EUR.
2. Možnost zřízení účtu za stejně výhodných podmínek **rodinným příslušníkům, včetně bonusu.**
3. **Snížení úroku** u stávající půjčky až o 25 %, navíc s bonusem 1000,- Kč.
4. Služba „**Oddluž se**“ – znamená snížení dluhů až o 70 %, do 5 let můžete být bez dluhů. Tato služba je přes OP až o 2500,- Kč levnější.
5. **Konsolidace dluhů:** snížení splátky úroku a celkového zadlužení. Můžete ušetřit až 5 900,- Kč za jeden rok.
6. Nabídka **nejvýhodnější hypotéky** na trhu. Platí i pro refinancování.
7. Výjimečné **úrazové pojištění** s doživotní rentou za velmi výhodných podmínek – 285,- Kč/měsíc. Srovnatelné pojištění jinde – 1500,- Kč/měsíc. Navíc: pro děti a partnera pojištění při stejném plnění pouze 144,- Kč/měsíc.
8. Řešení **penzijního plánu** a spoření pro děti od pojišťovny Ergo.
9. **Volání za 0,59 Kč** s virtuálním operátorem 99mobile.

Oblast energií

Sleva 20 % na dodávku plynu proti cenám dominantních dodavatelů.

Oblast cestování:

1. **CCS** poprvé v ČR pro fyzické osoby, sleva minimálně 0,20 Kč/l u všech čerpacích stanic, které kartu CCS přijímají. 1x týdně přehled TOP 10 nejlevnějších čerpacích stanic ve Vašem okolí prostřednictvím mailu.
2. **Auto Kelly** – sleva 5 % na autodíly, 10% sleva na práci, některé díly, autokosmetika, autobaterie, stěrače a další se slevou 15 % u vybrané sítě prodejen + podzimní akce – leták.
3. Sleva na nákup nového automobilu **Hyundai**: do 250 tisíc Kč – sleva 10 tis. Kč, do 450 tisíc Kč – sleva 15 tis. Kč, nad 450 tisíc Kč – sleva 20 tis. Kč. Sleva se přičítá nad rámec běžných i akčních ceníků.
4. **Podzim/zima 2013/2014**: můžete využít širokou nabídku ubytování po celé ČR za velmi přijatelné ceny, lyžařské pobyty, Vánoce a Silvestr 2013.
5. Nabídka **CK Firotour** (Francie, Itálie).
6. Zájezdy pobytové i tematicky zaměřené s **CK Kalousek**, pozor, naše ceny jsou slevy z katalogových cen a může se stát, že na stránkách CK Kalousek bude tentýž zájezd možno pořídit i za výhodnější cenu, pokud bude zařazen do Last minute.
7. Sleva 15 % **na pobytové i poznávací zájezdy** do různých evropských destinací u vybraných cestovních kanceláří.

Oblast kultury:

1. Divadlo **PALACE** v Praze na Václavském náměstí
2. **Ticketstream** – slevy prostřednictvím členské karty OP pro nákup cenově zvýhodněných vstupenek na koncerty, divadelní představení, sportovní události, festivaly, apod. Sleva se pohybuje ve výši 5–15 %.

Oblast zdraví:

Sleva na vitaminy a potravinové doplňky od renomované kanadské firmy Enerex ve výši 5 %.

Oblast nákupu knih, služeb atd.:

1. Sleva 8 % na **knihy** a veškerý sortiment internetového knihkupectví www.knihy.cz. Tato nabídka Vám může ušetřit až třetinu z pultových cen.
2. Sleva 15 % na celou produkci vydavatelství **Sondy** a na reklamu v magazínu **Sondy Revue**.
3. Plošná sleva v internetovém obchodě se **sportovním zbožím** www.online-sport.cz.
4. 10% sleva na jakékoli zboží v internetovém obchodě www.patro.cz. Jedná se o sortiment kuchyňského zařízení, oblečení ad.
5. Sleva na **prádlo** u Afrodita Line.
6. Masérské služby v Praze a Zlíně.

Od 1. 1. 2014 mohou členové ZO OSZSP využívat Zajišťovací fond, který byl zřízen na ústředí OSZSP ČR (ZF). Tento fond umožňuje našemu členovi v těžké životní situaci získat pomoc. Do tohoto fondu bude každá odborová organizace přispívat částkou 10 Kč měsíčně za každého člena. Tyto příspěvky může čerpat osoba, která je členem OSZSP alespoň 1 rok, řádně platí členské příspěvky a za kterého odborová organizace platí příspěvky do ZF.

1. Dar při hospitalizaci – 100 Kč za jeden den hospitalizace, nejvýše však za 7 dní v kalendářním roce
2. Dar při dočasné pracovní neschopnosti – 500 Kč jedenkrát v kalendářním roce.
3. Dar při narození dítěte – ve výši 1.500 Kč na každé narozené dítě.
4. Dar při úmrtí člena – ve výši 15.000 Kč.
5. Dar při úmrtí člena nezaopatřenému dítěti – každému nezaopatřenému dítěti – ve výši 5.000 Kč.

6. Dar při živelné pohromě – ve výši 10 % ze vzniklé škody, nejvýše však 20.000 Kč.
7. Dar členovi výboru odborové organizace (předsedovi) při skončení pracovního poměru pro výkon funkce – ve výši 10.000 Kč.

Stávající kolektivní smlouva a mzdový předpis platí do 31. 3. 2014. Vzhledem k tomu, že v době, kdy píše tento příspěvek, není ještě uzavřena smlouva se zdravotními pojišťovny na rok 2014, a není tedy jasné, jaké budou úhrady, zatím neproběhla závazná jednání s vedením společnosti o odměňování v roce 2014.

TEČKA NA ZÁVĚR

KDYŽ SE ZROVNA PODZIM NEVYVEDE PODLE VAŠICH PŘEDSTAV

prim. MUDr. Aleš Hejlek

„Vy zdravotníci si to s tím zdravím vždycky nějak zařídíte...“, slýcháváme občas od lidí kolem nás. Nevím, jak na to přišli, ale jsme přece stejný vzorek populace, jako kdokoliv jiný. Vlastně nejsme. Naše profese nás mnohem více ohrožuje na zdraví, než povolání jiná. O tom svědčí celá řada evropských i zámořských statistik, kde je zdravotník skutečně charakterizován jako velmi „ohrožený druh“.

Jednoho podzimního dne jsem se ve vteřině stal ze zdravotníka akutním pacientem. Moje akutní léčba trvala více než dva týdny, mimo jiné, představovala dvacetičtyřhodinové ležení ve vodorovné poloze s mírně podloženou hlavou. Ani si neumíte představit, jaká jsem viděl zákoutí naší nemocnice, která běžně nevidíme – byly to stropy. Strop interní a neurologické JIP, včetně odděleného boxu, koupelen, vyšetřoven, strop sanitek, chodeb interního pavilonu, podjezdů, radiodiagnostiky, čekáren atd. Musím přiznat, byly čisté, hladce ohozené a natřené s účinným osvětlením. Někdy mi, pravda, trochu víc svítalo do očí, tak jsem je prostě zavřel. Ale musím vám povědět, že stejně nejlepší strop je nebe, třeba i s mraky, anebo s mlhou.



Takhle malým průzorem vidí pacient oblohu z jednotky intenzivní péče interního - nervového oddělení, trochu lepší už je to z běžného pokoje nervového oddělení a z rehabilitace, to už je pohled nejhezčí.

Občas jsem narazil během hospitalizace, ale spíše při převozech, na známé kolegy a kolegyně, spoluzaměstnance. Většinou byli nejprve trochu zaražení, ale pak empaticky prohodili pár vlídných slov – za to vám všem díky. Jídlo mi po celou dobu chutnalo a měl jsem ho fakt dostatek. Musím ovšem podotknout, že jsem nemusel mít žádnou dietu a mohl jsem si tedy k obědu vybrat ze tří druhů a možná mi chutnali i proto, že jsem na tuto stravu zvyklý z naší jídelny, pochází totiž ze stejné kuchyně.

Nejprve jsem si během toho mého nedobrovolného „ležení“ v nemocnici říkal, že by se zrovna tady mohli pacienti na sebe vzájemně víc usmívat, vždyť to moc nestojí, tak, jako se celkem snaží usmívat ti, co je ošetřují. Myslím, že jsem se mýlil. Když člověka trápí a bolí tělo, duše, duch, tak mu skutečně příliš do smíchu není a usmát se stojí někdy moc a moc energie. Ale jedno bych přeci doporučil, a to bez moralizování. Pozdravit

a zdravit usilovně, ať druhý odpoví, anebo ne. Nějak to pročišťuje vzduch i vztahy, otvírá srdce a někdy i ústa. A ten, kdo je na tom lépe, může prohodit i pár slov – to je už ale další krůček.

S velkým potěšením bych chtěl něco říci: Za celou dobu mé dvouměsíční hospitalizace na JIP interní - neurologické, neurologii a rehabilitaci jsem neviděl, že by se zdravotníci na jakékoliv úrovni k někomu z pacientů chovali špatně. A jak jsem mohl postřehnout, všem a bez rozdílu pomáhali stejně, pečovali o ně rovnocenně, a to odborně i lidsky. Na rehabilitačním oddělení jsem měl štěstí na spolubydlicího pacienta, se kterým jsem se v leccems shodl, především ve sledování televize a svěžím větrání pokoje. Ten mi jednou řekl, že byl prvně hospitalizovaný v naší nemocnici před deseti lety. Když to srovnává, tak se mnohé v různých oblastech hodně vylepšilo, především vztah k nemocným. Nechtěl jsem se dál vyptávat, aby to nebylo trapné, když jsem zaměstnanec této nemocnice. Na závěr bych chtěl přeci jen ještě něco poznamenat pro škarohlídy. Normální je nekouřit, lepší je se snažit hýbat, umět odpočívat a také něco pro sebe zdravého dělat a umět být i vděčný, přesto, že se tato slova někdy a někomu nemusí zdát jako pravdivá.

Jarek Nohavica zpívá ve své písni Těšínská o krásném 20. století z pohledu harmonie života a soužití dvacátých let, včetně příběhu rodiny. Ta píseň překvapivě končí „Ještě, že člověk nikdy neví, co ho čeká.“ Zkuste si ji poslechnout!

Vlastní rukou sepsal



Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

Ročník 23 (2/2013)

Odpovědná redaktorka: PhDr. Marie Šotolová

Bezplatné

Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s.

Náklad 530 ks

Grafická úprava a tisk: Tiskárna Jihočeský inzerť expres, s.r.o.,

Na Barborce 2, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic



Na dětském odd. Nemocnice České Budějovice, a.s.
namalovala Dana Tvrđiková (15)

*Krásné Vánoce a hodně zdraví,
osobních i pracovních úspěchů
v roce 2014*