

Diskuse s vědeckým sekretářem odborné společnosti českých internistů

Tato inspirující jiskřivá diskuse se odehrála již před 3 roky, a to v předjaří 2018. Pan primář Luboš Kotík byl v tom čase jedním z mála českých lékařů, který se poctivě zamýšlel jak efektivně organizovat neodkladnou péči, nemocniční i přednemocniční. To tady ještě nebyl ten virověk. Avšak veřejné zdravotnictví v naší zemi se již léta nacházelo v pokročilém rozkladu. Ani jeden ze čtyř pilířů zdravotnictví (organizace, vzdělávání, financování a inovace) nebyl již dlouho stabilní. Jaká marnost.

Zachraňte vojína Internu!

Výboru České internistické společnosti ČLS JEP

20. února 2018

Vážení kolegové internisté,
opakovaně jsem si prostudoval Váš otevřený přípis tehdejšímu panu ministrovi zdravotnictví, který byl otištěn v Medical Tribune 15/2017, ve kterém poukazujete na již probíhající krizový režim práce interních oddělení našich nemocnic. Nevím jaká byla reakce ministerstva či osob, odpovědných za bezpečný chod českého zdravotnictví. Jak znám naše spoluobčany, kteří se tu dočasně, tu "trvale" žíví politikou, nejspíše žádná. Nebo jsem něco přehlédl?

Dovolte mi, abych z úhlu pohledu lékaře pohotovostního i praktického zareagoval na Vaše argumenty. Přiloženě si Vám dovoluji zaslat dva své texty. Jeden v září 2017 otiskl server i papírová verze Zdravotnických novin. Druhý před několika týdny server Zdravotnický deník. Snad se moc nemýlím, že jsem v těchto textech navrhl skutečné řešení, vhodné i pro mou rodnou zemi a které bude, jak doufám, akceptovatelné i pro kolegy internisty.

Pokud budete mít čas a chuť, jsem připraven osobně zodpovědět jakékoliv Vaše dotazy a rozptýlit Vaše chmury. I když ve svém věku 55 let je mi zatraceně jasné, že gruntovní reforma českého zdravotnictví je téměř nemožná, stále věřím a doufám...

S kolegiálním pozdravem
Vít Mareček

Re: Zachraňte vojína Internu!

23. února 2018

Vážený pane doktore,
ve Vašem příspěvku nevidím nic objektivního. Vidím v něm jen odpor sloužit LSP, která funguje například v sousedním Německu docela dobře. Nejraději byste všechnu diagnostiku a léčbu všech banalit přesunul do nemocnic na jakási oddělení, která se budou jenom jmenovat jinak než centrální příjmy, kde budou sloužit specialisté, které nemáme, kteří nahradí 12 odborností, což je ovšem zcela chimérické.

Nejvíce odborností jsou schopni nahradit internisté, možná praktičtí lékaři, ale 12 odborností, jak píšete, to je skutečný nonsens. Já jsem byl na dlouhodobé stáži v nemocnici v Lausanne, kde na centrálním příjmu sloužili pouze internisté a chirurgové v těsném kontaktu na dvou paralelních chodbách a příslušní specialisté byli k dispozici v budově na telefonu, to fungovalo. V loňském roce jsem navštívil centrální příjem v Miláně, což je obrovská samostatná budova, kde lidé čekají na příjem podle předchozí triage až 12 hodin a kde slouží opět převážně internisté, kteří jsou z toho zcela zoufalí, protože špatně funguje LSP. A pacientů jen přibývá.

4 roky jsem byl členem výboru Evropské federace interní medicíny, ale to o čem hovoříte, jsem nikdy neslyšel, že by fungovalo. Myslím, že je to chiméra jakéhosi nového oboru, který se snaží prosadit do praxe.

Již jednou pochopíte, že když jako praktici tvrdíte, že jste nenahraditelní odborníci 5 hodin dopoledne a jedno odpoledne v týdnu a v návštěvní době, že byste mohli stejnou péči poskytovat i v ostatním čase celého týdne.

S pozdravem
Luboš Kotík

Re(2): Zachraňte vojína Internu!

25. února 2018

Vážený pane primáři,
děkuji moc za odpověď. S argumenty, které uvádíte, se v naší zemi notoricky setkávám již více než dvě desítky roků - a věřte, je to pořád dokola. Nevadí, konečně pořádný příspěvek do diskuse od zkušeného internisty. Už jsem si začínal myslet, že jste na svůj důležitý otevřený dopis panu ministrovi z podzimu 2017 úplně zapomněli.

Otevřený dopis internistické společnosti jsem si důkladně prostudoval. A protože jsem nikde ve veřejném prostoru nezaregistroval odpověď od ministra zdravotnictví (myslím, že se Ludvík jmenoval), dovolil jsem si oslovit internistickou společnost. Myslím, že vím, o co vám šlo především. Uvolnit ambulance interních oddělení pro pacienty, kteří péči internistů skutečně potřebují. Avšak řešení, které navrhuje, je z úhlu pohledu moderní organizace neodkladné zdravotní péče

nekoncepční – a bohužel krátkozraké. Dnešní LPS, dřívější LSPP, je nepochybně reliktem socialistického zdravotnictví, které máme my i naši pacienti doslova zadřené jako třísku, a v současném veřejnoprávním zdravotnictví, financovaném z peněz daňových poplatníků, nemá už co pohledávat. LPS/LSPP splnila svou historickou úlohu docela dobře. Ano, interním ambulancím nemocnic by se skutečně ulevilo. A s tím se máme do budoucna spokojit?

Obecně platí, že poměr úrazových a neúrazových případů, vyžadujících neodkladnou zdravotní péči, je 1:4 až 1:5 v závislosti na lokalitě a populaci zde žijící. Mnoho českých záchranářů je po nástupu do praxe rozladěno, že většina zásahů ZZS je u tzv. *medical cases*, nikoliv u *trauma cases*, a navíc se většinou nejedná o *emergent cases*, jen občas se jedná o *urgent cases*, většina případů jsou ony *delayed cases*. A u jakých pacientů dochází nejčastěji k nutnosti poskytnout neodkladnou zdravotní péči? **Staří a ještě starší lidé**, kterých bude v populaci, i díky pokrokům medicíny, přibývat a přibývat.

A tak s napětím očekávám názory Vašich druhů z výboru internistické společnosti, rozhodnou-li se ovšem vůbec reagovat. Docela bych to přivítal, **jedná se o velmi vážný organizační problém českého zdravotnictví**, který celá desetiletí není řešen, místo toho je stále odsouván v bláhovém domnění, že zmizí. Nezmizí, bobtná a bobtná. *Jedná se pravděpodobně o onen klíčový problém skutečné reformy zdravotnictví v České republice*. Nikoliv finance, nikoliv zdravotní pojišťovny, nikoliv nedostatek personálu, nikoliv nové technologie či léky, ale právě a pouze organizace práce. *Tady je zakopán pes!* Tento problém, tj. moderní organizace práce všech českých lékařů ve 21. století, za nás nikdo nevyřeší, žádný osvícený politik, žádný schopný manager, prostě nikdo. Dokud lékaři nedají managerům a politikům jasné a smysluplné zadání, tak tito jsou v háji - a vymýšlí různé kraviny.

Plně s Vámi souhlasím, když píšete, že jsem nic nového neobjevil. To však neznamená, že neznám řešení vhodné i pro naši zemi. Objevili to za nás, ale také pro nás, kolegové z jiných zemí. Pro úplnost uvádím, že je to již 50 let, co byla paralelně v USA a v UK uznána nová medicínská specializace *emergency medicine*, *česky správně pohotovostní medicína*. Otcové zakladatelé se jmenovali Peter Rosen (USA) a David Yates (UK). Pan profesor David Yates stále ještě žije a občas se s ním v Manchesteru při svých pracovních pobytech na čaji o páté potkávám. Ohromně osvěžující a inspirující setkání! A Mrs. Yates umí vařit výborný čaj!

Skutečnost, že **mnozí evropští specialisté**, internisty nevyjímaje, si ve 21. století neví rady, jak optimálně organizovat svou práci, aby nebyli *"overcrowded"*, to je jejich problém, který nikdo jiný za ně řešit nebude. Dobře jim tak. Kdo ví a zná, ten koná a neskuhrá.

Služeb LPS, dříve LSPP, se osobně léta účastním. Ještě před 2 lety jsme v Ostravě zajišťovali rovněž návštěvní pohotovostní službu. Ne že by mi ty návštěvy u cikánu a jiných nepřizpůsobivých v hluboké noci nějak chyběly, to ani náhodou. Velmi mě ale irituje, že v době pohotovostních služeb není prakticky zajištěna péče o stařečky a stařenky v domovech pro seniory a rovněž pro jinak svěží, avšak imobilní seniory v jejich domácnostech. Avšak když politici rozhodnou, občané přitom ani neceknu -

tak "po právu" trpí. A už vůbec se mi nechce psát o tom, jak tuto část neodkladné zdravotní péče v současnosti "zajišťují" zdravotnické záchranné služby. Něco ve stylu šup dědka či bábu na nosítka a trádááá do nemocnice, nejčastěji k vám na internu. A rovněž se mi nechce psát, co se následně děje na pohotovostních ambulancích v nemocnicích, ty interní nevyjímaje. Pracovně to nazývám "**seniorskou hrůzou**", která ovšem za pestrými fasádami a falešnými fanfárami není jaksí vidět.

Samozřejmě, že nemůžu nesouhlasit s těmi názory svých kolegů, když tvrdí, že neodkladná zdravotní péče, úrazová i neúrazová, může být poskytována v různých organizačních modelech. Ano, může. Nejde přitom o naše lékařské umění, jde o organizaci práce. *Časem se vykrytalizovaly dva základní modely: německo-francouzský a anglo-americký.* Mezi německými, rakouskými a švýcarskými pohotovostními lékaři, přednemocničními i těmi nemocničními, mám spoustu dobrých kolegů a přátel. Systém jsem si díky jejich laskavosti mohl v minulých letech rovněž zkusit opakovaně ošahat. Ano, německo-francouzský model funguje, dokonce dobře funguje. Když si provedete systémovou analýzu a porovnáte obě základní koncepce poskytování a zajištění neodkladné zdravotní péče, velmi rychle vám dojde, jak je krásně ve staré dobré Anglii. Systémově představuje anglo-americký model ještě řádově kvalitnější řešení.

A teď to hlavní! Již od roku 2001, kdy se v překrásném italském lázeňském městečku Stresa na břehu jezera Lago Maggiore uskutečnil vůbec první skutečně světový kongres pohotovostní medicíny (*emergency medicine*), je tato otázka, zda dát přednost německo-francouzskému, nebo naopak anglo-americkému systému organizace práce v odvětví neodkladné zdravotní péče, rozhodnuta. A ani na počátku roku 2018 není široko daleko žádná *evidence*, že by tomu mělo být snad jinak.

Rád bych zdůraznil, že můj návrh pro mou rodnou zemi není věnován ani mým učitelům, ani mým generačním soupeřům, nýbrž a právě našim dětem, to jest mladým lékařům v tréninku a medikům...

Z hlediska vědy zvané ekonomie a její praktické aplikace na oblast lidské činnosti zvané zdravotnictví, je nejen medicínským nesmyslem, ale hlavně ekonomickým plýtváním veřejných zdrojů, aby **stejnou službu občanům paralelně zajišťovaly dva státem financované systémy - ZZS a LPS/LSPP.** Stačí přece jeden. Duplicita systémů je jakási česká specialita, která nemá ve světě obdoby. Omezené finanční zdroje neumožňují další provozování dvou systémů přednemocniční neodkladné péče. V těchto souvislostech ale nesmíme zapomenout, že je třeba se vypořádat s poskytováním zdravotní péče ve veřejném zájmu jako jsou: ošetřování neregistrovaných pacientů, osob s přechodným pobytem, turistů, azylantů, cizinců, patří sem rovněž ošetřování bezdomovců a nepojištěných osob. Rovněž je třeba zajistit ve veřejném zájmu vyšetření pro potřeby policie včetně odběrů krve pro stanovení alkoholu či jiných laboratorních odběrů pro stanovení jiných drog. Všechny uvedené aktivity jsou vázány na nepřetržitý provoz pohotovostní ordinace.

Ještě mi dovoluete zaslat Vám v příloze několik slajdů přednášky pro mediky, které jsem před lety mohl oslovovat díky laskavosti pana profesora Michaela Aschermanna v jedinečném prostoru Eiseltovy síně na II. interní klinice VFN.

Zasílám ještě jeden zásadní text, který pro české publikum byl přednesen ve Velké Aule starobylého Karolina na svátek sv. Mikuláše roku 2002, předním představitelem americké emergency medicine profesorem Jamesem C. Hollimanem na téma **What Is Emergency Care?** Publikován v Prague Medical Report, Vol. 105 (2004), No. 1, p. 5-12.

Závěrem mi dovolu, vážený pane primáři, ještě jednou Vám ze srdce poděkovat za prezentované názory. Pevně věřím, že takto nesmýšlí většina kolegů internistů. Neboť skutečné systémové řešení je rovněž v zájmu internistů...

S kolegiálním pozdravem
Vít Mareček

Re(3): Zachraňte vojína Internu!

25. února 2018

Vážený pane doktore,
poněkud Vašim argumentům nerozumím.

1. Prosím tedy objasněte mi jaký je rozdíl mezi akutním centrálním příjmem nemocnic a tzv. emergency, kde budou specialisté pro emergency medicine?
2. Řekněte mi, kde máme ty specialisty, kteří budou nahrazovat 12 jiných specializací?
3. Napište mi, jak máme odstranit duální přednemocniční péči, zda máme tedy plně rezignovat na LSP, nebo máme zrušit Záchranou službu, nebo to vytvořit zcela jinak, ale ukažte jak to má tedy fungovat? Co bude dělat senior v odlehlejší vsi při zhoršení zdravotního stavu bez auta a příbuzných a co bude dělat třicátník, který akutně onemocní a může být rodinou někam převezen?
5. Americké zdravotnictví, které vychvalujete jako angloamerický systém je nejméně efektivní zdravotnictví na světě. Za vynaložené prostředky podává ubohý výkon. Co se máme naučit???
6. Anglické zdravotnictví je levné, ale počkáte si na vyšetření specialistou 3 měsíce, je to tedy také dost neefektivní systém.
7. Moji přátelé z Itálie jezdí s každým zdravotním problémem do ČR, protože by se tam nedočkali kvalitní péče. Také dost hloupé.

8. V Německu perfektně funguje něco jako LSPP, v geografickém okruhu se střídají rodinní lékaři a vždy jeden ve své ordinaci zajišťuje péči po dobu 24 hodin. To je ten německo-francouzský model?

Závěr: I z velmi dlouhého expozé jsem vůbec nepochopil jak by péče mimo pracovní dobu praktických lékařů měla fungovat. Vysvětlete mi to prosím zcela prakticky.

Srdečně zdravím Luboš Kotík

Re(4): Zachraňte vojína Internu!

28. února 2018

Vážený pane primáři,
děkuji za Vaše otázky. Potěšily mě. Rád Vám na ně odpovím.

Ad 1. Prosím tedy objasněte mi jaký je rozdíl mezi akutním centrálním příjmem nemocnic a tzv. emergency, kde budou specialisté pro emergency medicine?

Pohotovostní oddělení nemocnice je onou vstupní bránou do nemocnice, jsou to jakési "bezpečnostní hrábě" každého moderního zdravotnického systému. Může ho navštívit každý člověk s neodkladným zdravotním problémem, i když se třeba posléze ukáže, že je tomu jinak, inu strach má velké voči.

Velmi důležitý je design a způsob práce, tj. rozmístění místností a jejich funkční propojení, management oddělení a patient flow. Důraz je kladen zejména na diagnostiku a léčbu dosud nediferencovaných stavů, ať už se jedná o jakýkoliv stupeň naléhavosti - resuscitace, emergent, urgent či "jen" delayed". Proto taky správný český překlad emergency medicine zní pohotovostní medicína, nikoliv urgentní medicína, ta je pouze její malou výsečí.

O tomto tématu jsem díky laskavosti a zájmu tehdejšího ředitele FN Brno-Bohunice pana MUDr. Jana Buriana přednášel jak ředitelům těchto FN, tak zvláště i náměstkům pro LPP těchto FN, sdružených v Asociaci FN v roce 2003 (ano již v roce nula tři!). Výsledek v českém rybníce vidíte sám kolem sebe - ani jedno skutečné pohotovostní oddělení v českých nemocnicích. Asi nejvíce z existujících urgentních příjmů se tomu organizačně blíží kolegové v nemocnici v Příbrami a snad taky někdy v budoucnu v Motole, Hradci Králové či Olomouci.

Ad 2.

Řekněte mi, kde máme ty specialisty, kteří budou nahrazovat 12 jiných specializací?

Řekni, kde ty kytky jsou!!! Kupodivu Česká republika byla 7. zemí na světě, která oficiálně uznala tento obor. Nazýváme ho "urgentní medicína a medicína katastrof" a co se obsahu týče, tak obsah teoretických vědomostí a praktických dovedností má ČR plně srovnatelný se světem, a to již od roku 1998. A jak říkával Ernest Hemingway: "Dobrá myšlenka potřebuje nejen křídla, ale také místo odkud by vzlétla." O vzdělávací program a jeho oficiální uznání v ČR se zasloužil pan profesor Jiří Pokorný Sr., který sice tento obor nikdy nepraktikoval, avšak silou svého intelektu a doslova jasnozřivostí, poté co ukončil svou misi mezi anesteziology a intensivisty, neomylně rozpoznal, kudy tečou velké řeky do celosvětového oceánu poznání a vzdělávání v medicíně. Takže podle tohoto vzdělávacího programu máme v ČR t.č. cca 250-300 atestovaných specialistů (přesné číslo vědí na IPVZ). Tito kolegové, jelikož čeští organizátoři zdravotnictví zatraceně zaspali vývoj a dobu, mohou u nás pracovat tu na ZZS, tu na těch nešťastných UP, tu raději odešli do zahraničí (nejen UK, Irsko či USA, ale také Německo, Švýcarsko, Rakousko, Austrálie atd.). Další podrobnosti jsem kdysi sesumíroval do dopisu redakci časopisu Anesteziologie a Intenzivní medicína (16, 2005, č. 3, s. 166-167), který jsem nazval: "V čem se to vlastně mýlil profesor Pokorný?". Mimochodem maminka pana profesora byla rodilá Angličanka.

Co se týče nahrazení, či spíše zastoupení, onoho mnou uváděného tuctu specialistů, zde je třeba si uvědomit, že se jedná o vstupní vyšetření neodkladných stavů všech možných příčin, pacientů od kojenců po kmety. Pohotovostní medicína je o způsobu myšlení, jak pacienty s neodkladnými stavy ošetřovat. Poté se samozřejmě tito pacienti předávají cíleně do péče příslušných specialistů. Taky musí fungovat tzv. sdílený lůžkový fond nemocnice, musí fungovat manager lůžek v dané nemocnici, no jinými slovy lékaři musí spolu vstřícně komunikovat a taky s ostatním zdravotnickým i administrativním personálem. Jinak to samozřejmě nefunguje.

Ad 3. Napište mi, jak máme odstranit duální přednemocniční péči, zda máme tedy plně rezignovat na LSP, nebo máme zrušit Záchranou službu, nebo to vytvořit zcela jinak, ale ukažte jak to má tedy fungovat? Co bude dělat senior v odlehlejší vsi při zhoršení zdravotního stavu bez auta a příbuzných a co bude dělat třicátník, který akutně onemocní a může být rodinou někam převezen?

Dva státem (potažmo kraji) organizované a placené paralelní systémy přednemocniční neodkladné péče jsou medicínská pitomost a ekonomické plýtvání zdroji! Na to poukazoval již v roce 1997 MUDr. Juljo Hasík, dlouholetý ředitel okresní záchranky v Prachaticích, propagátor pohotovostních ambulancí při každé výjezdové základně ZZS a první předseda odborné společnosti PNP a medicíny katastrof ČLS JEP. Pan kolega Hasík bohužel zemřel v roce 2013. Měl jsem ho rád, i když pro některé lidi byl spíše podivín, neboť nerozuměli proč některé věci dělá tak jak dělá. On to věděl velmi dobře a Šumava z toho profitovala.

Takže samozřejmě, že profesionálně organizovanou a vybavenou ZZS rušit nebudeme. Jako relikv socialistického zdravotnictví zrušíme LPS/LSPP. Tato služba historicky již svou úlohu splnila, a musím říci, že docela dobře.

Správně se ptáte, co má dělat senior v odlehlejší oblasti, když se mu přitíží? A tou odlehlejší oblastí klidně může být i chatička několik kilometrů od Prahy, třeba u Berounky, kde je moc krásně. Myslím, že jsem se k tomu vyjadřoval i ve své polemice ve Zdravotnickém deníku. Nic přece dneska nebrání kolegům praktikům, aby si na profesní bázi v obci či regionu organizovali svou vlastní "pohotovost". Vždyť jeden putovní mobil dnes stačí. Pokud ne, tak samozřejmě každý občan naší země, pokud si bude myslet, že on či jeho příbuzný jsou v ohrožení života či zdraví, mohou volat 155 či 112. To je jejich svaté ústavní právo. Tak je to zakotveno i v nějakém spisku EU. Avšak český praktik není německý praktik a ač nerad musím přiznat, že toho bolševika máme my (a bohužel i naše děti) stále ještě zadřené pod kůží...

Nebo, a to platí nejen pro seniora, ale taktéž onoho třicátníka, na kterého jste se rovněž ptal, kterému když se přitíží a někdo z rodiny či soused je ochoten ho zavést – tak ten pojedje přirozeně na to pohotovostní oddělení nemocnice. Samozřejmě až bude v kraji zřízeno. Pokud nebude, tak se máte na interních ambulancích na co těšit! Avšak organizační změny musí probíhat souběžně, aby tento hororový scénář nenastal. Ale v zemi Švejků a Kafků není nikdy nic předem "ztraceno"...

Otázka 4. chybí. Asi překlep.

Ad 5. Americké zdravotnictví, které vychvalujete jako anglo-americký systém je nejméně efektivní zdravotnictví na světě. Za vynaložené prostředky podává ubohý výkon. Co se máme naučit???

Nevšiml jsem si, že bych kdy nějak extra vychvaloval americké zdravotnictví, avšak systém poskytování neodkladné zdravotní péče je v USA výborně promyšlený, prostě má hlavu a patu. Psal jsem o tzv. anglo-americkém modelu organizace neodkladné zdravotní péče, což je skutečně něco jiného. Abychom i v ČR uspěli s pohotovostními odděleními v nemocnicích, musíme si dát na startu velký pozor na DESIGN včetně kapacitních možností. Víím, o čem mluvím, v USA i UK, ale i jinde jsou s tím velké problémy. Jako konsultant jsem neustále pod přísným dohledem managerů nemocnice, zda nemáme příliš mnoho pacientů po 4 hodinách. Co to znamená? NHS dbá na to, aby nejpozději do 4 hodin od zaregistrování příchodu/příjezdu pacienta na ED byla stanovena pracovní diagnosa a zahájena adekvátní léčba. Každého pacienta nad 4 hodiny musím jako konsultant velmi pečlivě zdůvodňovat, proč ještě nemáme diagnosu a nezahájili jsme adekvátní léčbu. Takže "metodou padajícího h..." já zase sleduji práci SHO a mladých lékařů, jak si oni vedou nejen po medicínské, ale rovněž po organizační stránce a již po 2 hodinách pobytu pacienta na ED velmi vážně, byť kolegiálně, se jich dotazují, zda nemají s tímto pacientem nějaký problém...

Koncem ledna t.r. jsem měl jedinečnou možnost, díky svému příteli profesorovi Johnu Ryanovi ze St. Vincent's University Hospital v Dublinu, zúčastnit se schůzky všech šéfů EDs z 18 dublinských nemocnic a taktéž managerů těchto nemocnic s několika úředníky z irského ministerstva zdravotnictví, na kterém diskutovali, jak dále s přeplněnými EDs. Velkou roli hraje úzká spolupráce s GPs ze spádové oblasti nemocnice, neboť pokud irský GP má ráno v ordinaci pacienta, kterému by se měla poskytnout neodkladná péče a nad kterým by obrazně "nemělo slunce zapadnout", odesílá neprodleně takového pacienta do nejbližšího ED, kde se vše došetří. Srovnejte prosím obdobnou situaci u nás, kdy naši praktici jsou často v roli ponížených prosebníků - a specialisté, ať už ambulantní nebo nemocniční, mají čas, hodně času... A ještě jeden poznatek, který si myslím už pocítují i čeští lékaři - díky obrovskému pokroku medicíny v uplynulých 20-30 letech významně stoupá podíl starých a ještě starších lidí v populaci. A tito senioři nejsou titíž jako ti v těch stupidních reklamách, jsou to chronicky nemocní stařečkové a stařenky, vyžadující tu a tam i neodkladnou péči...

A co se můžeme naučit od Američanů v naší profesi, tj. v medicíně? Hodně. Zejména ten jejich systém postgraduální výchovy a tréninku mladých lékařů je fascinující. Navíc je téměř zvykem, že po atestaci mladí lékaři si hledají místa v jiných nemocnicích, než v těch, ve kterých strávili několik roků jako rezidenti. Má to mj. jednu velkou výhodu - mladí lékaři si v průběhu postgraduální přípravy "nemusí brát servítky" vůči svým školitelům a mohou jim na seminářích a při praktické výuce klást velmi, ale velmi nepříjemné otázky. No a učitelé se samozřejmě neurazí. Navíc v celém anglosaském světě už od doby studií na medicíně se mladí lékaři učí prezentovat a argumentovat na veřejných seminářích, konferencích, jejich publikace mají hlavu a patu. Tady jsme snad na našich lékařských fakultách skutečně oněch "sto let za opicemi". Světlé výjimky to nezachrání, i tady to chce systémový přístup.

A v mém oboru, emergency medicine, s láskou vzpomínám na profesora Jima Hollimana, kterého jsem zmiňoval minule, že mě naučil skutečně poctivě hodnotit důkazy a zda jsou skutečně evidence based. A taky moc rád vzpomínám na paní profesorku Judith Tintinalli, která je hlavní editorkou základní celosvětové příručky EM. Tato velká osobnost světové pohotovostní medicíny mě mj. naučila správně relaxovat po práci, abych se tou medicínou "nezavařil". Krásná dáma. To se jinak než osobním kontaktem naučit nedá. Ale to je stará učitelská zásada, ani v době laptopů, mobilů či tabletů tomu principiálně nemůže být jinak, jen ty kulisy jsou a budou jiné.

Jsem ale do budoucna mírně optimistický. Mnoho našich dětí, tj. mladých lékařů, je v této chvíli rozeseto po celém světě, a většina z nich se za pár roků vrátí domů. Emigrace totiž není pro každého. To bude ohromné oživení a okysličení našeho českého rybníka!

Ad 6. Anglické zdravotnictví je levné, ale počkáte si na vyšetření specialistou 3 měsíce, je to tedy také dost neefektivní systém.

Jak vám jenom odpovědět na tuto otázku? Pracuji tam. Jasně, za málo peněz, málo muziky. Ale kdeže! Pokud má jakýkoliv občan UK či návštěvník této ostrovní země jakýkoliv akutní problém, je ošetřen na ED. That 's all. No a jak je vidno, specialisté mají dosti času tady i tam... Je tu ale jeden skutečně markantní rozdíl mezi UK a ČR. V UK se problémy, když nastanou, analyzují a řeší, i když se třeba hned nevyřeší. V ČR je to děs a hrůza, bo máme stále čas...

Ad 7. Moji přátelé z Itálie jezdí s každým zdravotním problémem do ČR, protože by se tam nedočkali kvalitní péče. Také dost hloupě.

Pokud Vaši italští přátelé jezdí s každým zdravotním problémem do ČR, tak se nejspíše nejedná o čerpání neodkladné zdravotní péče. Ano vím, zuby bolí hodně. Když jsem ještě sloužil na ZZS, nebo nyní občas na ostravské LPS/LSPP, ošetřoval jsem spousty cizinců. Zejména se divili, jak je to naše ošetření levné a na závěr ošetření - buď na místě nebo po předání k další péči do nemocnice - bez problémů zaplatili. Nám to zase v těch lirách dříve připadalo, že jsme skuteční "boháči". Když už jste zmínil tu Itálii. I ve zdravotnictví se jasně ukazují rozdíly mezi tzv. severem a jihem Evropy a rovněž mezi protestantskými zeměmi a těmi katolickými. Tak to je ta naše Evropa, která na tuto přirozenost a rozmanitost svých cca 700 mil. obyvatel bude vždy doplácet. Ale zase si v Itálii můžeme pochutnat na kapučínu a těstovinách, ty vám nikde nebudou chutnat tak jako v Itálii, a ještě to víno...

Ad 8. V Německu perfektně funguje něco jako LSPP, v geografickém okruhu se střídají rodinní lékaři a vždy jeden ve své ordinaci zajišťuje péči po dobu 24 hodin. To je ten německo-francouzský model?

Německo skutečně perfektně funguje i co se poskytování přednemocniční a nemocniční zdravotní péče týče. O tom nemůže být sporu. Ale to jsou Němci. Vždyť který jiný národ by se v minulém století po dvou tak těžkých celosvětových debaklech, které ovšem bezskrupulosně rozpoutali oni sami, dokázal oklepat tak jako oni? Jsem však skeptický, že bychom se my Češi byli schopni někdy od našich sousedů poučit, ať už v tom dobrém, či zlém.

Tzv. německo-francouzský model poskytování neodkladné zdravotní péče se v přednemocniční fázi vyznačuje přítomností lékaře v posádce zdravotnické záchranné služby. I když i Němcům a dalším vyznavačům tohoto modelu, mj. i Čechům a Slovákům, dochází dech, tj. lékaři, kteří by byli schopni a hlavně ochotni na těch záchrankách jezdit. Je to skutečně "o hubu". Z vlastní zkušenosti vím, že jsem za dobu cca 12 let, co mám odježděných, asi 6-7x havaroval, nikdy jsem neřídil, ale když jsme z té hromady plechů vylezli, včetně pacientů, docela jsem si oddechl. Takže i v těchto zemích všechno spěje nezadržitelně k paramedickému systému.

Německo-francouzský model nemá skutečné emergency department. Ale i tady už jim dochází, že bez skutečného pohotovostního oddělení to do budoucna nepůjde. Není to totiž ani medicínsky, ani ekonomicky optimální. Netvrdím, že EDs jsou levná

záležitost, avšak tvrdím, že jsou to dobře investované peníze do optimálně praktikované neodkladné zdravotní péče.

Německý praktik je hrdý a svobodný příslušník svobodného lékařského povolání. Je dostatečně od začátku své profesní kariéry materiálně zajištěn, doma mu nikdo většinou nenadává, že je stále v práci a že domů nepřinese dostatek peněz. Takže tito naši německí kolegové bez problémů, na profesní, nikoliv státní, bázi zajišťují onu německou LSPP. Ale těmto aktivitám našim českým praktikům přece nikdo nebrání. Je to jen a jen na nich, jak se chtějí ve jménu svých pacientů angažovat. Na druhé straně by je k těmto aktivitám ve 21. století neměl nikdo nutit a nehorázně vyhrožovat odebráním licence, jak jsme toho svědky v našem upachtěném právním systému.

Ad Závěr: I z velmi dlouhého expoé jsem vůbec nepochopil jak by péče mimo pracovní dobu praktických lékařů měla fungovat? Vysvětlete mi to prosím zcela prakticky.

Aby začalo české zdravotnictví a čeští doktoři skutečně pracovat moderně, co se organizace práce týče, je možno začít právě v oblasti poskytování neodkladné zdravotní péče. Na to by mohli slyšet jak občané, tak alespoň někteří politici. Bez jasně a stručně formulovaného "Národního programu neodkladné zdravotní péče v České republice" se zcela jistě do budoucna neobejdeme. A co je důležité, tento program nemůže být formulován jenom na úrovni odborných lékařských společností, nebo jenom na půdě ministerstva pro to zdravotnictví, nýbrž musí to být vládní dokument, neboť problematika je ryze meziresortní - zdravotnictví, sociální věci, vnitro, armáda, školství a finance. Uvidíme, zda se něco urodí...

Pro dnešek by to snad mohlo stačit. Rád ale budu vysvětlovat a diskutovat dále, neboť Vaše otázky měly hlavu a patu a taková diskuse je moc fajn.

S kolegiálním pozdravem
Vít Mareček

Re(5): Zachraňte vojína Internu!

2. března 2018

Vážený pane doktore,

největší problém Vaší koncepce je tento odstavec, cituji: „Nic přece dneska nebrání kolegům praktikům, aby si na profesní bázi v obci či regionu organizovali svou vlastní "pohotovost". Vždyť jeden putovní mobil dnes stačí. Pokud ne, tak samozřejmě každý občan naší země, pokud si bude myslet, že on či jeho příbuzný jsou v ohrožení života či zdraví, mohou volat 155 či 112.“

1. Jaký je rozdíl mezi LSPP a pohotovostí organizovanou praktickými lékaři?
2. Na základě dobrovolnosti takovou službu žádní praktici organizovat nebudou.
3. Bude-li fungovat pouze RZS a dovážet všechny pacienty do nemocnice, jak to dosud dělá, tak to bude pro nemocné dříve řešitelné na LSPP jen drahá taxislužba a skutečně ohrožení nemocní budou z hlediska kapacity RZS možná čekat mnohem déle na "emergentní" převoz. Vše bude nesmyslně drahé a nefunkční. Nemocnice budou jenom ještě více v mimopracovní době přetížené.

Můj závěr: nepřesvědčil jste mne, že LSPP je relikvium minulosti. Sloužil jsem ji léta jako praktický lékař a zvládl jsem 90 % pacientů na místě, aniž jsem někoho poškodil. Další argumenty mi tedy již neposílejte.

Zdraví Luboš Kotík

Re(6): Zachraňte vojína Internu!

2. března 2018

Vážený pane primáři,

děkuji za další várku otázek. S Vámi je skutečně radost diskutovat. I když si to výslovně v závěru svého dopisu nepřejete, snad se na mě nebudete příliš zlobit, když nejen Vám zašlu své odpovědi. **Ty otázky jsou dobré a znát na ně správné odpovědi zcela určitě prospěje všem českým organizátorům zdravotnictví.** Dovoluji si Vás znovu upozornit, že většina "emergency cases" (až 4/5) není úrazového původu. Rovněž tak většina těchto pacientů obdrží z podstaty věci triage "delayed cases" (3/4). Proto ty trampoty v českém rybníce. A taky se na nás valí, stejně jako ve světě, problém "elderly people", za což si jako lékaři tak trochu můžeme sami, neboť léčíme stále lépe a lépeji.

Jen mě stále mrzí, že se do diskuse dosud nezapojil ani jeden z Vašich druhů z výboru internistické společnosti. Pravda, jsou to všechno pohříchu profesori a šéfové velkých univerzitních interních klinik. Asi mají docela daleko na takovou okresní internu, nebo třeba k Vám do Thomayerovy nemocnice. A rovněž organizátoři toho našeho zdravotnictví z ministerstva zdravotnictví taky ani ťuk. Třeba příště?

Ad 1. Jaký je rozdíl mezi LSPP a pohotovostí organizovanou praktickými lékaři?

Docela velký! Vždyt' dosavadní systém LPS/LSPP je státem organizovaná a garantovaná služba občanům, i když se tváří, že to zajišťují kraje (v Praze hlavně město). No a je tady ta stupidní duplicita dvou státem organizovaných a hlavně financovaných systémů přednemocniční neodkladné péče - na jedné straně se krčí LPS/LSPP a na straně druhé je profesionální non-stop fungující sbor zdravotnických

záchranářů. To se ani nedá porovnávat, že? Již kolega Juljo Hasík tuto duplicitní pitomost podrobil pečlivě a rozsáhlé analýze, a to se psal rok 1997. Samozřejmě, že se na to naši milí organizátoři toho zdravotnictví vykvákli. Proč? Nové technologie, nové léky, odvolávání ředitelů nemocnic a dosazování nových lenních pánů, a taky ty zpropadené EU dotace - to je to oč tu běží! Nebo jsem snad něco přehlédl? To víte, asi ten čerstvý a svobodný britský vzduch - a taky duch.

Máte-li čas a chuť, můžete si počíst ve Zdravotnických novinách ze dne 16. května 1997 na stranách 8-9 a dokončení najdete v dalším čísle ze dne 23. května 1997. Kolega Hasík svou analýzu nazval příznačně "Kam se ubírá lékařská služba první pomoci?" s podtitulem "Ještě jednou na okraj návrhu reformy zdravotnictví z pera Miroslava Macka, tajemníka ministra zdravotnictví". Fakt to stojí za přečtení. Netušil jsem, jaké perly ukrývá můj archiv. Ještě že mi ho moje milá maminka nevyhodila.

No a pohotovost, organizovaná samotnými praktickými lékaři na profesní bázi, to je přece ta pohotovostní služba, kterou poskytují němečtí praktici německým pacientům a jestli se nemýlím, po které i Vy tak voláte!

Kolegové praktici mají už léta jedno velké a vlivné profesní sdružení, Sdružení praktických lékařů ČR se jmenuje, a pokud budou chtít, tak se mohou, alespoň co se pohotovostních služeb pro své registrované pacienty týče, hrdě vyrovnat svým vzorům - německým praktikům. Avšak nařídít jim to shůry, to by byla, jak jistě uznáte, zhůvěřilost. A navíc nefungovalo by to. Myslím, že je tady prostor jak pro praktické lékaře, tak pro komunální politiky v obcích. Pokud se starosta bude domnívat, a taky chtít blýsknout před občany, že by v jeho městě měla být kromě výjezdového stanoviště ZZS ještě i jakási pohotovost praktiků, tak jistě se kluci a děvčata na obecním zastupitelstvu domluví a udělají místním praktikům takovou nabídku, které neodolají.

Ad 2. Na základě dobrovolnosti takovou službu žádní praktici organizovat nebudou.

Tady se musím opakovaně odvolat na svou nedávnou polemiku ve Zdravotnickém deníku. Máme tady několik skupinek kolegů praktiků, kteří takovouto pohotovost, ve stylu jeden mobil stačí, léta již přirozeně svým pacientům nabízí. Ovšem názory, které se někdy šíří mezi kolegy specialisty doslova jako mor, že by se kolegové praktici měli starat o své pacienty jeden každý z nich 24 hodin denně, to je hovadina na druhou. Snad už takovéto "úvahy" máme zdárně za sebou. Kéž by!

Ad 3. Bude-li fungovat pouze RZS a dovážet všechny pacienty do nemocnice, jak to dosud dělá, tak to bude pro nemocné dříve řešitelné na LSPP jen drahá taxislužba a skutečně ohrožení nemocní budou z hlediska kapacity RZS možná čekat mnohem déle na "emergentní" převoz. Vše bude nesmyslně drahé a nefunkční. Nemocnice budou jenom ještě více v mimopracovní době přetížené.

*Tak by tomu nejspíše i bylo, kdyby české nemocnice konečně už začaly budovat skutečná pohotovostní oddělení. Jenom opakuji, že všelijaké urgentní či centrální příjmy jsou slepou uličkou se všemi z toho plynoucími důsledky. Ale tuhle tu mou písničku už přece dobře znáte, nebo ne? Naše země, konkrétně Vláda České republiky, stojí mj. před velkým úkolem připravit a realizovat tzv. "**Národní program neodkladné zdravotní péče v České republice**", který by řešil poskytování nejen přednemocniční neodkladné zdravotní péče, ale rovněž i nemocniční neodkladné zdravotní péče, jejímž jsou pohotovostní oddělení nemocnic (Emergency Departments) důležitým svorníkem. Součástí takovýchto programů ve světě jsou samozřejmě i otázky IZS (Integrovaného záchranného systému), následné rehabilitace a též vzdělávání obyvatelstva v poskytování první pomoci. Snad se toho oba dva ve zdraví dožijeme. Zatím jsem od roku 2001 nenašel žádného českého premiéra, kterého by zajímala vnitřní bezpečnost země. Hovořil jsem, byť krátce, se všemi. No a z té hromady ministrů zdravotnictví to zajímalo jenom Tomáše Julínka, ale jenom do té chvíle, než David Rath vypálil svého "Pershinga" v podobě požadavku zrušit ty regulační poplatky...*

Ad Váš závěr: nepřesvědčil jste mne, že LSPP je relikv minulosti. Sloužil jsem jí léta jako praktický lékař a zvládl jsem 90% pacientů na místě, aniž jsem někoho poškodil. Další argumenty mi tedy již neposílejte.

No to se podívejme, tak podle Vás není LPS/LSPP reliktem socialistického zdravotnictví? Prosím Vás a čím tedy je? To by mě fakt zajímalo. Myslím, že nejsme v rozporu, že v návštěvní službě je možné ponechat skoro všechny pacienty v domácím léčení (moje skóre z Ostravy je 19 z 20). No a ti pacienti, kteří si dojdou do pohotovostní ordinace, tak cca jenom 20% vyžaduje další došetření a eventuálně hospitalizaci v nemocnici. Nevím jak Vy, ale já bych raději své daně směřoval jinam, třeba na ty zatracené zvlněné silnice a tak.

Takže můj závěr je následující:

- 1. Zrušme LPS/LSPP. Svou historickou úlohu již splnila.**
- 2. Podpořme ZZS tak, aby většinu práce zastali paramedici (zdravotníci záchranáři) a lékaři byli dobrými konzultanty.**
- 3. Zřizujme v našich nemocnicích skutečná pohotovostní oddělení (EDs). Se stále se zhoršující bezpečnostní situací ve světě je budeme již brzy potřebovat.**
- 4. A taky zachraňme vojína INTERNU!**

S kolegiálním pozdravem
Vít Mareček

Re(7): Zachraňte vojína Internu!

10. března 2018

Vážený pane doktorre,

jen tak pro zajímavost, zrovna jsem narazil na následující zprávu z anglického tisku, ze které vyjímám a krátce komentuji:

Je anglická emergency náš vzor?

„An elderly man has died in hospital due to "dangerous overcrowding" of the accident and emergency department, a health trust has admitted.

The 85-year-old went to Northampton General Hospital just after 4pm on Wednesday afternoon with stomach pain. He was initially seen and assessed within an hour and was asked to wait. After a blood test suggested possible heart problems he was made to wait again to be seen by senior staff.

Mr Metcalfe added: "We can confirm that we will be conducting a full investigation into the circumstances surrounding the death of a patient who recently attended our emergency department.

"The impact of the pressure in our emergency department and the associated delays are not yet known and will be included within the scope of our investigation. "We have expressed our sincere apologies to the family and will share our findings with them as soon as we can." The hospital had said on Twitter on Wednesday afternoon that its accident and emergency department was "currently under extreme pressure".

Z takových případů vyplývá, že přetížení na emergency není nic dobrého. Je třeba odfiltrovat banálnější případy, aby se na emergency nemuselo takto čekat. RZS je schopna již rozlišit, co má přijít přímo na emergency a dokonce rozlišit, zda je podezření na akutní IM, který by měl být přivezen rovnou do nemocnice schopné provést akutní PCI.

Je však řada případů, kterými není nutné zatěžovat emergency. Takovou úlohu mohou splnit praktičtí lékaři sloužící LSPP v prostorách každé okresní nemocnice. Zde mají všechny možnosti použít komplement a pokud se setkají s případem vypadajícím velmi podezřele, mohou ho okamžitě přeposlat na nemocniční příjmové oddělení.

Srdečně zdravím Luboš Kotík

Re(8): Zachraňte vojína Internu!

12. března 2018

Vážený pane primáři,

děkuji Vám za zasláný článek z anglického tisku. Když si v Anglii otevřu kdykoliv Timesy, tak skoro pokaždé tam najdu nějaký takový článek. Britští novináři jdou skutečně na dřev, přitom ale dovedou ocenit, když se věci řeší. A britští doktoři si z průserů berou ponaučení a tipy na další výzkum, jak věci zlepšovat. Asi se inspirovali u nás, že?

Uvedený případ úmrtí pacienta je smutný, ale jde o typickou novinářskou zkratku, takže nemohu souhlasit s Vašimi vývody. Abyste mohl dělat takové obecné závěry, jaké jste učinil, musel byste znát skutečně vše, co se odehrávalo za oponou. Navíc v žádném případě nelze hodnotit jako systémové pochybení. Takových případů bych Vám mohl vysypat z rukávu mnoho jak z praxe na britských EDs, tak z praxe na pražské záchraně či na ostravské LPS.

Nikdo v UK, ale také třeba v Irsku, nebo US, nezastírá, že přeplněnost pohotovostních oddělení je vážný problém. Důvody tohoto stavu jsou evidentně multifaktoriální. Možná, že Vás potěším konstatováním, že i v anglosaském světě si lékaři z nemocnic (specialisté, nikoliv EPs) stěžují na „lenivé“ praktiky, kteří se prý málo o své pacienty v mimopracovní době starají. Jak tuto informaci chápat?

Lidé na celém světě se stále více a více domnívají, že mají na „cosi automatický nárok“. Z etického hlediska je to nesmysl, ale bohužel je to tak – a bude to ještě horší. Tudiž i když má „západní“ člověk jakýkoliv, z lékařského pohledu malý zdravotní problém, ihned ho pokládá za velký a chce ho teď hned vyřešit, včera již bylo pozdě. Proto ty davy pacientů na všech úrovních poskytovaných zdravotních služeb – od GPs, přes ambulantní specialisty až po nemocnice, malé i velké. Myslím, že je to už i u nás. Rusko a Arábie zatím odolávají.

A jak se ten overcrowding EDs ve staré dobré Anglii řeší? Systémově!

- (1) Jednak zvětšováním prostor pohotovostních oddělení – nový design + funkční vazby.
- (2) Jednak efektivnějším managementem těchto oddělení.
- (3) Jednak rozsáhlou mediální kampaní mezi pacienty a rovněž mezi GPs, aby zdravotní problémy, které nejsou neodkladné, řešili pacienti se svými praktiky. Když se v dnešních dnech projedete londýnským metrem, narazíte na spoustu takových vzdělávacích plakátů.

Důležitý závěr pro nás: musíme si při budování nových pohotovostních oddělení v našich nemocnicích dát velký pozor na tzv. patient flow, je třeba design našich pohotovostních oddělení projektovat s výhledem nejméně na 20-30 let, pak to bude OK. Stejně nás naši nástupci sepsují. Ale to nevadí, tak to má v uspokojivé mezigenerační komunikaci přece být. Jo - a taky si musíme dát velký pozor na triage pacientů, ta je na začátku každého ED klíčová.

Když v Anglii pracuji jako konsultant na ED, tak dosti často sloužívám v Leicesteru, kde je jedno z nevytíženějších akademických ED v celé Británii. Universitní nemocnice LRI má spádovou oblast cca 3 miliony obyvatel (to není překlep). Samozřejmě, že na tomto území je několik periferních nemocnic, které mají svá EDs,

se kterými přirozeně spolupracujeme, avšak skutečně závažné neodkladné stavy, úrazové i neúrazové, dorazí z terénu primárně k nám. Jen pro Vaši představu, léta letoucí za 24 hodin na akademickém ED v LRI ošetříme 480 až 520 pacientů, dospělých i dětí. No a jak v Leicesteru řešili a vyřešili onu přeplněnost ED? Před pár lety byl postaven úplně nový pavilon neodkladné péče, byly navýšeny počty konsultantů, ale také ostatního lékařského i nelékařského personálu, samozřejmě včetně administrativních pracovníků a pracovníků ochranky. Britská NHS centrálně stanovila skutečně velmi striktní požadavek, aby 95% všech příchozích bylo vyšetřeno a залéčeno do 4 hodin od příchodu a jako konsultant jsem pod přísným dohledem managerů nemocnice, to víte, prémie jsou prémie, britská libra je stále tvrdá měna.

Ještě k těm kolegům praktikům. Samozřejmě, že by si mohli a měli organizovat sami svou vlastní pohotovostní službu. Avšak ryze na profesní bázi. A mnohde tak už i přirozeně činí. Přímo se nabízí spolupráce s obcí (městem), ve kterém působí a žijí. Všichni je tam znají, společně s farářem a učitelem tvoří intelektuální elitu obce, tak necht' místní starosta ukáže, jak moc mu jde o věc. Toto skutečně není úkolem státu. Takže jakékoliv pokračování stávající LPS/LSPP je fakt nesmyslné. Kolegy praktiky nelze k tomu nutit jakýmkoliv represemi, je to otázka vývoje, nikoliv revoluce. Musí na to přijít sami, jinak to nebude fungovat. A chtít po státu, aby organizoval a platil dva paralelní systémy PNP je marnost.

Mám k Vám, vážený pane primáři, jakož i k dalším kolegům internistům, velkou prosbu. Jsem hluboce přesvědčen, že v současnosti mohou kolegové internisté sehrát velmi významnou, možná že i klíčovou, roli v dalším rozvoji organizace neúrazové neodkladné zdravotní péče (Ta naše trauma centra česká jsou problém úplně z jiného ranku). Má to ale jeden háček. Musíte se dokázat spojit a táhnout za jeden provaz nejen s kolegy praktiky, ale také s námi – kolegy pohotovostními lékaři. Pak to společně dokážeme! A to i za situace, kdy kolem nás v českém zdravotnictví „řadí“ samí hasiči a hasí a hasí, div se neuhasí. Ne že by nebylo co hasit, navíc spousta věcí stále doutná a doutná, občas i bafne, avšak je třeba také tvořit!

V roce 2001 otiskly Zdravotnické noviny mou úvahu na téma „Jaké bude zdravotnictví v nových krajích?“. Dnes, po 17 letech, jsem s hořkostí zjistil, že se do puntíku naplnily nejen mé obavy, že krajské samosprávy nebudou schopny formulovat skutečnou krajskou zdravotní politiku, natož řídit nemocnice v tom kterém kraji. A toto je jednoznačně selhání státní správy – avšak nejen onoho „fackovacího“ ministerstva zdravotnictví, ale rovněž vlády naší země. Proč?

Problém českého zdravotnictví není primárně v jeho stávající kvalitě, není primárně ani ve způsobu jeho financování, nýbrž ve způsobu organizace poskytování zdravotních služeb. Když lékaři nedají managerům a politikům dobré zadání, nelze dojít k uspokojivým výsledkům. Řeší se jednotlivosti, neřeší se celek.

Kraje, tak jak byly u nás ustanoveny, nejsou ze své podstaty vůbec vhodnou územní jednotkou pro organizování nemocnic. Tak jako pro organizování ambulanci péče (praktici a specialisté) jsou kraje příliš velké, tak pro organizování nemocniční péče,

neodkladné i té odkladné, jsou příliš malé. Ten, kdo tu naši malou zemi parceloval na kraje, ten by fakt zasloužil pár za uši!

Tak trochu štěstí měli obyvatelé a regionální politici v Jihočeském kraji a snad i v Libereckém kraji. Proč? Nemají na svém území žádnou fakultní nemocnici zřizovanou státem a rovněž nemají na svém území žádnou nemocnici, patřící do nemocničního molochu AGEL. Takže všechny nemocnice v těchto krajích – jak centrální (ČB, LIB), tak věnec periferních nemocnic (dřívější dobře vybavené a fungující okresní nemocnice) – mají pod palcem. Pravda, nejsou to žádná špičková akademická pracoviště, ale to může být tamním residentům srdečně jedno, diagnostika a léčba slušně funguje a lidem je poskytována dobrá medicína.

Dneska mi otiskly Zdravotnické noviny názor, týkající se výběru ředitelů nemocnic, ale také jejich lékařských náměstků. To vše je důležité, aby se nám lékařům dobře pracovalo a mohli jsme našim pacientům poskytovat především bezpečnou péči. Pokud máte čas a chuť, zasílám v příloze.

S kolegiálním pozdravem
Vít Mareček

P.S.: Stále nevím, jak MZ odpovědělo na ten katastrofický dopis a návrhy internistické společnosti z listopadu 2017?

Re(9): Zachraňte vojína Internu!

14. března 2018

Vážený pane doktore,

diskutovanou problematiku jsme probrali na schůzi výboru České internistické společnosti. Organizace péče o pacienty v mimopracovní době praktických lékařů se nás samozřejmě těsně dotýká. Výbor bude činit kroky k pokračování oficiální debaty nad tímto problémem se všemi zúčastněnými stranami problému. Tedy praktickými lékaři, lékaři urgentní medicíny a záchranné služby.

Srdečně zdravím Kotík

Re(10): Zachraňte vojína Internu!

15. března 2018

Vážený pane primáři,

děkuji moc za zaslání oficiálního názoru vážené internistické společnosti. Držím palce Vašemu dalšímu konání a jednání s kolegy praxe a s kolegy urgentními lékaři. A dodávám také s úředníky MZ ČR, bez nich to nebude "to pravé vořechové".

Srdečně Vás zdravím a za bezva diskuse o problematice pohotovostí v českém rybníce děkuje,

Vít Mareček

P.S.: Škoda, že dodnes nevím, jak na onen "katastrofický" dopis internistů z listopadu 2017 zareagovali tehdy dočasně mocní?