

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE

...od nemoci ke zdraví...

CHYBY VZNIKAJÍ VINOU ŠPATNÉ KOMUNIKACE,

říká primář jednotek intenzivní péče

plk. MUDr. Zbyněk FUKSA



Historie jednotek intenzivní péče v Ústřední vojenské nemocnici v Praze sahá až do roku 1948: tehdy tu bylo zřízeno první anesteziologické oddělení v tehdejší ČSR. V čele oddělení stanul plk. MUDr. L. Spinadel (1948–1956); v letech 1956–1973 byl šéfem oddělení prof. MUDr. Jiří Pokorný, DrSc. V dalších dvaceti letech (1973–1993) vedl oddělení plk. doc. MUDr. Václav Trávníček, v letech 1993–2003 plk. MUDr. Bohumil Limberk, od roku 2003 byl primářem anesteziologicko-resuscitačního oddělení plk. MUDr. Božetěch Jurenka.

Na počátku devadesátých let minulého století byl v Ústřední vojenské nemocnici vybudován nový moderní pavilon chirurgických oborů a neodkladné nemocniční péče, jehož součástí jsou Anesteziologicko-resuscitační oddělení, oddělení intenzivní péče chirurgických oborů a oddělení urgentního příjmu – EMERGENCY. Kromě péče o nemocné po provedených operacích má toto oddělení důležité poslání při péči o pacienty v kritickém stavu i o nejrůznější případy náhlých příhod, v případech hromadného výskytu raněných atd. V této době už celková operativita dosáhla počtu deseti tisíc velkých výkonů do roka. Byl dostavěn pavilon CH 2 a byla v něm kromě chirurgických pracovišť umístěna jednotka intenzivní pooperační péče, lůžková resuscitační stanice, radio-diagnostika a emergency s heliportem na střeše budovy. V roce 1996 byl zahájen provoz ARO oddělení v nově otevřeném chirurgickém pavilonu s ústředním operačním traktem, který má tři úseky: anesteziologický a resuscitační úsek, dospívající pokoj a anesteziologickou ambulanci.

Mj. tu bylo vypracováno schema hromadného příjmu zraněných; v roce 1997 bylo ARO rozděleno do dvou částí (ARO A ICU), které disponuje 35 lůžky.

V roce 1997 se stal primářem oddělení ICU (Intensive Care Units) plk. MUDr. Zbyněk Fuxsa (nar. 1956), který v roce 1981 promoval ve VLVDU JEP v Hradci Králové; atestaci ze všeobecného lékařství získal v roce 1985. V letech 1989 a 1995 získal další atestace z anesteziologie a resuscitace. V roce 1991 byl po dobu šesti měsíců velitelem resuscitační stanice u Československé protichemické jednotky v Království Saudská Arábie, v letech 1995 a 1996 byl zástupcem velitele polního chirurgického týmu v bývalé Jugoslávii. Po návratu v roce 1996 působil jako starší lékař Letecké záchranné služby AČR v Líních.

● *Pane primáři, ne všichni naši čtenáři znají pojem EMERGENCY. Mohl byste stručně vysvětlit, co všechno toto slovo obsahuje?*

Oddělení přijímá pacienty, kteří potřebují neodkladnou lékařskou pomoc - od úrazu přes mozkovou příhodu, srdeční slabost, krvácení do zažívacího traktu až ke špatně dávkovanému inzulinu diabetikovi.

● *Jak jste se dostal právě k práci na oddělení EMERGENCY?*

Začínal jsem v tzv. štábním automobilovém praporu v Kovpakově ulici (dnes Generála Heliodora Píky) jako náčelník vojenské zdravotnické služby. Po třech letech jsem nastoupil na Oddělení anesteziologie a resuscitace v ÚVN. Tehdy (v říjnu roku 1968) jiné volné místo v nemocnici nebylo. Tak jsem se stal anesteziologem a po dalších životních a pracovních peripetiích primářem tohoto oddělení. Práce mě baví, protože urgentní

medicína vyžaduje rychlé rozhodování. Součástí medicínské profese je i komunikace. A chyby, pokud k nim vůbec dojde, vznikají většinou právě tehdy, když správně nefunguje komunikace mezi pacienty, jejich příbuznými a lékařským personálem.

● *Jak velké je Vaše oddělení?*

Velikost oddělení záleží vždy na specifikaci zdravotnického zařízení. Naše oddělení bylo už prostorově vybudováno - a teprve do hotového areálu jsme se pokusili zasadit oddělení EMERGENCY, resp. oddělení urgentního příjmu. Přesný český ekvivalent pro slovo EMERGENCY nemáme: je to souhrn všech potřebných zdravotnických zásahů pro okamžitou podporu či obnovení základních životních funkcí (dýchání, oběh krve, vědomí). Oddělení má nepřetržitý provoz sester i lékařů, což znamená, že příchozí pacient ohlásí, co ho přivádí, a sestra podle domnělého poranění nebo onemocnění zavolá příslušného odborného lékaře. Na displeji malé krabičky mi naskočí číslice 9999 vždy, když jde o komplikovaný případ; úrazový tým se seběhne dole v hale. Všichni čtyři odborníci, tj. intenzivista (zpravidla kvalifikovaný anesteziolog), chirurg, ortoped-traumatolog a rentgenolog, jsou povinni být na místě do dvou minut. Podle charakteru a rozsahu poranění je stanoven postup, jak pacienta vyšetřovat: po zajištění základních životních funkcí a po zavedení nitrožilních katetrů pro doplnění tekutin či krve jedeme na rentgen, na CT (počítačovou tomografii), zjistíme, co pacientovi skutečně je (zkonstatujeme například, že není nezbytné ho okamžitě operovat), a uložíme ho na Jednotku intenzivní péče (JIP), což je vlastně lůžková část oddělení EMERGENCY; pacient se totiž nejdříve musí dostat na lůžko a teprve pak se mohou odborníci „přetaho-

vat“ o rozhodnutí, kdo z nich je tu potřebnější. Poté, co pacient „překročil“ práh naší nemocnice (nebo byl přes něj přenesen) a byl ošetřen v hale EMERGENCY, je uložen nahoře na některém z našich lůžek. Kolem roku 2000 nám posílali většinu polytraumatizovaných pacientů z Prahy a blízkého okolí. Většina ostatních zařízení s nimi totiž měla velké výdaje a různé potíže: tak například neměla lůžka následné péče; často byla nezbytná dlouhodobá rehabilitace; ne každý operační zákrok se napoprvé podařil, takže docházelo k pooperačním komplikacím – a pojišťovna přitom uplatňovala sestupnou sazbu, takže den ode dne platila méně, atd.

Tvrdím ale, že při rozumném hospodaření by ve zdravotnictví bylo peněz dost. Myslím, že představitelé českého zdravotnictví nejsou zatím schopni říct, co vlastně chtějí; žádný politický systém až dosud nedokázal a ani nebyl ochoten zcela jednoznačně definovat, na co máme a na co už ne. Julínkova reforma mě nenechává zcela lhostejným hlavně proto, že nikde ve světě není akciovou společností zdravotní pojišťovna, která si v tomu ještě nabere vlastní výkonný zdravotní aparát včetně praktických lékařů a dovolí, aby tak vznikl de facto neprůstředný konglomerát. Žijete-li na vesnici 60 km za Prahou, jak si máte najít jiného lékaře? Je tam jeden obvodák a autobus Vám jede dvakrát za den... Navíc už neexistuje dřívější systém RLP – rychlé lékařské pomoci, také mj. proto, že to nikdo z lékařů nechce dělat: je to namáhavé a riskantní. Do ordinace přijde pacient po svých a nevypadá na umření. Ale s RLP pojedete ve tři hodiny ráno sanitkou k pacientovi ročníku 1910, a musíte rozhodnout, zda ho necháte doma nebo ho převežete do nemocnice s rizikem, že ho nebudou chtít. V neposlední řadě je tu problém výše odměny za takovou náročnou práci – já se praktikům nedivím!

Takže: pokud nebudou opravdu jednoznačně stanoveny standardy a zejména státem garantovaná úroveň péče (zbytek formou konkrétního připojištění), fungovat to nebude. Podle mého názoru je to ale řešitelný problém. Myslím si, že regulační poplatky u lékařů smysl mají, ale nechápu, proč mám platit v lékárně? Na druhé straně: zkuste si dát celodenní menu i s obsluhou za 60.- Kč! A pokud chci ošetření od nemocničního specialisty v mimopracovní době bez doporučení praktika, pak je poplatek 90.- Kč jistě přijatelný.

● *Ale vraťme se k Vašemu oddělení...*

Oddělením EMERGENCY projde v průběhu jediného roku pětadvacet tisíc lidí. Jistěže jsou do tohoto počtu zakalkulovány i případy, kdy se třeba movitému podnikateli uprostřed noci zardá, že se mu dělá na rtu nějaký pupík-

nek nebo něco podobného a on má zrovna čas a jde okolo... Na druhé straně se mnozí lidé naučili systém EMERGENCY vysloveně zneužívat, protože jejich dříve – řekněme v roce 1919 – narození příbuzní dostanou kompletní servis v okamžiku, kdy přijdou na naše oddělení. To prakticky znamená, že příbuzní tam pacienta dopraví, během dvou hodin je definitivně stanovena diagnóza. Starší člověk má zpravidla diagnóz několik, takže se u něj vystřídá internista, neurolog, kožář (bércové vředy apod.), chirurg (břícho), stomatochirurg. Pacientovi uděláme rentgenová a laboratorní vyšetření – to všechno v průběhu dvou a půl až tří hodin. Systém obvodních ambulancí specialistů je totiž pro příbuzné velmi náročný: musejí se s pacientem objíždět – a některé ze specialistů nelze na Praze 6 ani najít.

● *Takovému zdržování Vašich odborníků se nedá zabránit?*

Nedá. Ale musím říct, že většina těch lidí se opravdu chová velmi slušně, takže jsou ochotni chvíli počkat. Když nám uprostřed právě popsaného vyšetřovacího procesu přivezou někoho, kdo naši péči urgentně potřebuje víc, přerušíme to, vysvětlíme příbuzným, oč jde a co se bude dít – a oni to většinou uznají. Jistě – občas řešíme i nějaké stížnosti (třeba že jsme se zdrželi o dvacet minut, protože jsme ještě nedostali výsledky laboratorních vyšetření), ale to nám až tolik nevadí...

● *Oddělení EMERGENCY je nyní samostatným oddělením?*

Každá nemocnice prochází určitým vývojem – a my jsme na počátku nevěděli, jak by to oddělení mělo vypadat. Měli jsme oddělení EMERGENCY, ale neměli jsme lůžka, která mají kompletní vybavení včetně umělého plicního ventilátoru, sledovací monitorovací techniky atd., a neměli jsme kvalifikované sestry. Přemýšleli jsme tedy, kam takové oddělení „přifařit“. Oddělení anesteziologie a resuscitace má svůj základní úkol v péči o narkózy a o plánované operační programy a má šest postelí, které jsou téměř trvale ob-

sazeny. Přesouvat ve tři hodiny ráno pacienta, který vyžaduje třeba jen pouhé sledování, to je velký problém. Proto vznikla tady nahoře v budově CH II Jednotka intenzivní péče, a k ní bylo oddělení EMERGENCY dodatečně připojeno. Teď jsme tedy samostatným oddělením, jímž – jak jsem už řekl – projde ročně na pětadvacet tisíc pacientů, což nás stojí pětadvacet milionů. Do tisícikoruny za každého pacienta je totiž započítáváno něco z vyšetření, něco z rentgenu, práce lékaře, a když pacienta po zákroku propustíme domů, získali jsme 144 bodů za cílené vyšetření internistou. Jeden bod rovná se cca 80 haléřů. Platí nám pojišťovny, ale těch tisíc korun už nám nikdo nedá, protože nemůžeme pacientovi „přidělit“ nějaký kód konkrétní nemoci, jestliže ji nemá! Vzpomene-li si někdo, že se mu nějak špatně dýchá nebo že ho bolí záda a přijede k nám, my ho „proženeme“ kompletní servisní vyšetřovací mlýnicí od internisty přes urologa, CT, stojí nás to ještě víc, ale ve finále si můžeme napsat jenom cílené vyšetření internistou, neurologem. Proto jsme v mínusu. Z pohledu nemocnice je to ovšem jediné možné řešení: není možné, aby na jednotlivých odděleních byla stálá služba 24 hodin denně; na oční nebo kožní oddělení přece v noci nikdo nepijde! Většinou k nám tedy přijde chirurgie, interna, gynekologie, ortopedie, traumatologie. Pak máme dvě možnosti: buďto přivolat potřebného odborníka z domova, nebo soustředit všechnu zdravotní péči sem, na EMERGENCY, takže všichni, kdo v noci přicházejí do nemocnice, mají jen jeden cíl a nikdo se tu nekontrolovane nepotuluje. Vždycky je přece jednodušší sehnat potřebného odborníka a přivést ho sem, nežli dát pacientovi po úrazu do ruky doklad a poslat ho ve tři hodiny ráno na druhou stranu nemocničního areálu s pokynem, aby tam zazvonil a počkal, až se ho někdo ujme... (ed)

Druhou část rozhovoru s primářem MUDr. Zbyňkem Fuksou otiskneme v říjnovém čísle VELESLAVÍNA 39

