

# ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE

## ...od nemoci ke zdraví...

### Neděláme jen praktickou medicínu

říká vedoucí lékař oddělení všeobecných interních lůžek

## MUDr. ILJA KOTÍK



**Dnes otiskujeme druhou část rozhovoru s MUDr. I. Kotíkem**

*Co si máme představit pod pojmem všeobecné lůžko?*

Interna je široký obor. A tak se jednotlivé nemocnice, ale i kliniky či oddělení soustřeďují na určité superspecializace. Vždy však tu zůstává široký základ. Na našem oddělení hospitalizujeme pacienty se zápalem, plic, s krevními chorobami, s teplotami nejasného původu apod. Upřímně řečeno – největší počet našich pacientů představují starší lidé, kteří jsou často ve stavu dehydratace, prodělali mozkové cévní příhody, trpí aterosklerózou, a nezfídka jsou dementní; mají také proleženiny. Někteří byli třeba nalezeni ve svém bytě na podlaze, kde leželi i několik dní, než je vysvobodili sousedé nebo než dveře vypáčila policie. Největší nápor práce to přináší nižšímu a střednímu zdravotnickému personálu. Byl jsem zvyklý sloužit na koronární jednotce. Bylo to náročné, ale často s krásným efektem (záchrana pacienta se srdečním infarktem, s plicní embolií, srdeční zástavou apod.). Tady je práce psychicky daleko náročnější. Hrozí syndrom vyhoření, protože léčba se často musí omezit jen na snížení utrpení nemocného (terminální stadia nádorových chorob). Musíme neustále řešit další osud nemocných – zvláště těch, kteří jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Po třiceti letech působení v této nemocnici začínám stále více vnímat potřeby těchto pacientů a jejich rodin. Přiznávám, že se to neustále učím a že citlivěji vnímám nedostatky našeho zdravotnictví v péči o takové osoby – i když konečně pozoruji v posledních letech známky pomalého zlepšování..

*Znamená to, že se Vás nedotýkají problémy ambulantní péče?*

Ale ano, dotýkají. Prakticky každý z našich lékařů má svou odbornou poradnu. Interní ambulance jako taková je začleněna do rámce interní kliniky. V jejím v čele stojí MUDr. Petr Krejčí. Tam pracují jednak stálí ambulantní specialisté (internisté, endokrinologové, diabetolog atd.), jednak jsou sem začleněny odborné poradny, (kardiologická, nefrologická, gastroenterologická, diabetologická ad.).

V charakteristice Vašeho oddělení se mluví o specializované diagnostické péči. Čím ta se liší od běžné praxe?

Naše nemocnice je vybavena moderní technikou, která umožňuje rychlou diagnostiku. V oblasti zobrazovacích metod jsou to např. spirální celotělový tomograf, magnetická resonance, nejruznější ultrazvukové přístroje, angiografické linky. Můžeme využít oddělení nukleární medicíny a provádět vyšetření na gamakamerách apod. Bez specializovaných týmů by samozřejmě technika sama o sobě nestačila. Díky rychlé diagnostice a moderní léčbě se nám daří zkracovat délku hospitalizace a některé výkony provádět i ambulantně. I na oddělení všeobecných interních lůžek je průměrná délka hospitalizace okolo osmi dnů! Jde tedy vesměs o akutní lůžka. Největším problémem je pak zajištění následné péče. Řada našich starších nemocných totiž vyžaduje především ošetřovatel-

skou péči, a kapacita nemocnic pro dlouhodobě nemocné je stále nízká. Pak jsou tu nemocní, kteří by mohli být umístěni na tzv. sociální lůžka. Proto se hledají další možná řešení, např. zřizování těchto lůžek i v rámci nemocnic. Zatím ale nevíme, zda se toto řešení osvědčí..

*Co si máme představit pod pojmem sociální lůžko?*

Sociální lůžko slouží pacientovi, který by mohl být doma, ale tam by neměl péči, kterou nezbytně potřebuje. Buďto nikoho nemá, nebo nejsou jeho rodinní příslušníci z nejrůznějších důvodů schopni se o něho adekvátním způsobem postarat. Klient v takovém případě „obětuje“ svůj důchod a zůstane mu kapesné. Finanční příspěvek, který by jinak dostala rodina, převezme nemocnice. Tam pak pacient zůstane v souladu s uzavřenou dohodou až do okamžiku, kdy se uvolní místo v klasickém sociálním zařízení (např. v domově důchodců). O pacienta, který leží na sociálním lůžku (byť v nemocnici), se i nadále stará podle potřeby příslušný praktický lékař. V rozsahu částečného pracovního úvazku se na této péči podílejí zdravotní sestry, jimž pomáhá příslušný pomocný personál. Ten pacientovi dodává všechno, co potřebuje – stravu, aplikaci léků, dohled na dodržování dietních opatření apod. Klient si může připlatit na nadstandardní doplnění pobytu – např. na instalaci televi-oru. Pokud se prokáže nezbytnost hospitalizace, je pacient podle doporučení praktického lékaře nebo ambulantního specialisty přeložen

na akutní místo v nemocnici. Většina ředitelů nemocnic však zatím s otevřením sociálních lůžek váhá. Obávají se (možná oprávněně), že náklady budou vyšší právě proto, že takto je dosažení nemocničního personálu snadnější a že by tedy došlo ke směřování této péče s péčí nemocniční. Je třeba mít na paměti, že tento institut de facto jen supluje tíživý nedostatek opravdových sociálních zařízení...

Vždycky jsem si myslel, že především práce na jednotkách intenzivní péče je nejvíce stresová, a že klasická interní lůžka jsou v tomto smyslu podstatně klidnější. Spíše opak je pravdou. Přijmeme-li někoho na jednotku intenzivní péče s akutním infarktem myokardu, postupy jsou jasně definovány. Pokud se nám podaří včas otevřít uzavřenou koronární cévu, je efekt často okamžitý; pro pacienta a jeho příbuzné jde o život zachraňující výkon. Je to povzbudivé, i když často pro nás i pro personál vyčerpávající. Na klasickém interním lůžku ošetřujeme pacienta polymorbidního, většinou pokročilého věku, často již s pokročilou aterosklerózou či s nádorovým onemocněním. Úspěchy jsou mnohdy jen dočasné. Pro ošetřovatelský personál je to namáhavá, poměrně nevděčná práce, i když často slyší slova chvály. Nežřídko se však musíme vyrovnávat s nepochopením se strany rodiny: Ale vždyť on do té doby chodil! - Proč jste neudělali to či ono? Proč jste si nepočínali agresivněji? Přesvědčit členy rodiny o tom, že za dané situace není zásah vhodný, že nic nepřinese, není snadné. Jednou, když nám rodinní příslušníci vyčítali, že jim nepodáváme dost telefonických informací a že sestra nepřijde hned po zazvonění na pokoj pacienta, spočítal jsem, že sestra, která se v akreditované nemocnici stará o naše pacienty (z nichž drtivá většina je nepohyblivá), zvedne průměrně za směnu osmdesátkrát(!) telefon; osmdesátkrát někdo zazvoní u vchodových dveří, osmdesátkrát na ni zazvoní pacienti. Z toho je jasné, že na sestry jsou kladeny značné nároky. Práce sester je na mém oddělení rozhodující. Tím ale nechci omlouvat některé nedostatky. Každá stížnost nás mrzí; snažíme se kritiky využít ke zlepšení provozu. V e vztahu někdo zazvoní u vchodových dveří

nemocným a jejich příbuzným mají zejména mladší stále co dohánět. *Staráte se také o pregraduální postgraduální výuku: co všechno vyučujete?* K výuce mám blízký vztah. Pocházím z učitelské rodiny. Otec byl matematik a matka učila přede-



Mise v Kosovu

vším přírodopis a dějepis. Naši lékaři (zejména vedoucí lékaři) mají malé úvazky na I. lékařské fakultě UK. Staráme se většinou o výuku mediků z lékařských fakult. Mnozí z nich u nás vykonávají povinnou prázdninovou praxi, dále jsou u nás na stážích začínající či budoucí studenti medicíny – a to i účastníci z amerických škol. Seznamujeme je s úplnými základy provozu nemocnice a orientačně i s některými vyšetřovacími postupy atd. Na školení k nám chodí také záchranáři. Praktickou i teoretickou výuku tu absolví studenti Fakulty tělesné výchovy a sportu. Míváme tu lékaře před atestacemi; u nás se dělají i praktické zkoušky před státnicemi, ke kterým si každý musí připravit svůj případ k analýze, atd. I to je naše práce. Já sám teď pracuji ještě také ve výbo- ru akutní kardiologie České kardiologické společnosti (ČKS). Podíleli jsme se např. na přípravě našeho programu v rámci výročního sjezdu ČKS v Brně, kde jsem předsedal ve dvou sekcích. Rád přednáším pro praktické lékaře a ambulantní specialisty, atd. Jsem plně vytížen, často chodím domů až v jedenáct hodin večer. Pravidelně vstávám v půl šesté ráno. Musím totiž vyvenčit našeho psíka. To patří k relaxaci, stejně jako chvilka sportu; snažím se nevynechávat ho ze svého programu.

Vě Vašem oddělení se pracuje systémem skupinové ošetřovatelské péče. Coten termín znamená? A jak se skupinová péče liší od té konvenční, běžné? Po sametové revoluci se zásadně změnil způsob přístupu k pacientům. Sestry tvoří dnes rovnocenný tým s týmem lékařů; změnily svůj systém práce. Mají zavedeno každodenní předávání pacientů formou vlast-

ní „vizity“, vedou svou sesterskou dokumentaci, včetně např. sledování dekubitů (proleženin), vedou grafy bolesti, zjišťují sociální a rodinné zázemí. Jejich starost o pacienta má kolektivní charakter, ale aby mohly lépe kontrolovat jeho stav a potřeby, pracují během dne už jen se skupinou přidělených nemocných. Ale – upřímně řečeno – na tyto otázky by Vám lépe odpověděly naše sestry...

Pro úspěšnou práci Vámi vedeného oddělení je jistě důležité přístrojové vybavení. Jste relativně spokojeni se současným stavem?

Nemocnice je vybavena přístroji, o kterých se mi před dvaceti lety ani nezdálo. Úplně spokojeni ale nejsme. Technika jde neustále dopředu; má také svou životnost a musí se obměňovat. Teď právě nutně potřebujeme nový angiografický přístroj k provádění invazivních kardiologických vyšetření, především na koronárních cévách. Na druhé straně byl nedávno na radiologickém oddělení uvedeno do provozu moderní spirální CT (CT = počítačový tomograf). Na něm vidíte například plicní embolizaci jako na fotografii. To značně usnadňuje diagnostiku a tím urychluje léčbu. Přitom právě toto rozlišení patřilo dosud k nejobtížnějším, a často se v něm chybovalo. Na přístroji se cévy zobrazují téměř jako v anatomickém atlasu – všechno je nádherně vidět. Mohu říci, že - pokud jde o přístrojové vybavení – patří mezi nejlepší v ČR. Nejen technika, ale i probíhající rekonstrukce starších budov umožňuje našim pacientům snesitelnější stonání. Všichni jsme rádi, že vedení nemocnice tento trend trvale podporuje.

(ed)