

ROZHOVOR S MUDR. IVANOU DOLEŽELOVOU, NÁMĚSTKYNÍ PRO LÉKAŘSKOU A PREVENTIVNÍ PÉČI V NEMOCNICI SV. ALŽBĚTY NA SLUPI

Paní náměstkyně, jaká byla vaše cesta na Oddělení následné péče Nemocnice sv. Alžběty Na Slupi?

Moje cesta do Nemocnice ... byla dlouhá, prakticky profesně celoživotní. Na počátku od akutní interny a gastroenterologie, až po geriatrii a následnou péči. Když jsem svou praxi začínala, začínala u nás i břišní laparoskopie a v Motole jsme byli první pracoviště pro celou nemocnici, které tuto laparoskopickou metodu s biopsií jater provádělo, a to i u dětských pacientů. A pak jsem se vždycky nachomýtlá všude, kde se dalo něco nového naučit. Během profesního života jsem prošla lůžkovými zařízeními od akutní péče po následnou, ambulantním provozem, zdravotní pojišťovnou a nakonec i řízením zdravotnického provozu, čemuž se věnuji posledních cca 10-15 let, včetně postgraduálního studia řízení zdravotnictví. No a odtud byl jen krok k poradenské činnosti MiZdr., výuce postgraduálních studentů v IPVZ, výuce farmaceutů v odborných kurzech, výuce sester, RHB pracovníků a k nějaké publikační činnosti. Všechno to do sebe dobře zapadá. Nesmím zapomenout ještě na právo, mám za sebou univerzitu práva ČLK a několik let soudně znalecké činnosti. No a protože si myslím, že bych mohla být prospěšná pro tuto Společnost, přijala jsem pracovní místo v Nemocnici sv. Alžběty Na Slupi.



Co byste ráda při řízení následné péče v Nemocnici sv. Alžběty Na Slupi změnila. Kam chcete toto oddělení časem posunout?

Já nechci měnit nic, alespoň na počátku. Nemocnice má nějaký svůj pracovní rytmus, svá nastavená pravidla a fungující postupy, finančně dobře prosperuje. Já bych pouze chtěla v průběhu času dát do souladu nabídku nemocnice a jejích služeb s poptávkou a potřebami veřejnosti, a to laické i odborné. Po odborné stránce je nutností udržovat krok s diagnostickými a léčebnými novinkami v našem oboru následné péče a postupně se propracovat mezi prvních 10 odborných pracovišť v komplexní následné péči v ČR. Ráda bych rozšířila odborné medicínské portfolio nemocnice, ale i zavedla velmi potřebné „měkké“ dovednosti do běžné ambulantní i lůžkové praxe. A v neposlední řadě bude potřeba to, co umíme, naučit i následující generaci lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků, takže určitě i výuková činnost přímo na našem pracovišti.

Jaký cíl jste si pro svoji práci v naší nemocnici vytyčila?

Cílem je do 5 let položit základy toho, o čem celou dobu hovoříme

Máte již představu o nových postupech, které v dohledné době na oddělení zavedete?

Představu mám zcela jasnou. Nerada však mluvím o nových postupech a zavádění něčeho, o změnách apod. Nic se nemění, všechno se v podstatě jen vyvíjí na základě potřeby a vědeckých novinek, a to je podstatný rozdíl, alespoň v mém chápání. Pokud rozumíte své profesi a víte, co se děje nového kolem vás, pak teprve se vaše práce stane pro vás zajímavou, uspokojující, naplňující, smysluplnou, přinášející potřebný výsledek a každý jedinec může být na sebe, svou profesi i pracoviště hrdý. Ale abych nefilozofovala, v první řadě se seznámím se současnou nemocnicí a se všemi pracovníky, s jejich úspěchy, neúspěchy, nápady i stesky. Až poté budou přijaty konkrétní kroky postupného dorovnávání naší práce s okolním světem a se současnou úrovní odborných znalostí.

Jakým směrem se obor následné péče vyvíjí a jak by na tento vývoj měla naše nemocnice reagovat?

Směr současné medicíny vede od superspecializované zdravotnické služby přes akutní lůžkovou péči co nejrychlejší cestou do domácí péče s potřebným ambulantním zázemím odborných lékařů. Naše místo v tomto řetězci služeb je přesně na rozhraní mezi akutní lůžkovou péčí a domácí péčí.

Pacienti po absolvování hospitalizace ne vždy mohou z různých zdravotních nebo funkčních důvodů ihned přejít z akutního lůžka nemocnice do domácího ošetřování. Např. zdravotní a funkční stav pacientů po kloubních náhradách, amputacích končetin, náročných operacích, po cévních mozkových příhodách, úrazech nebo po těžkých infekčních onemocněních (i postcovidová onemocnění s chronickými obtížemi) vyžaduje delší čas na doléčení a konsolidaci organismu, aby tito pacienti získali zpět svou původní fyzickou a duševní sílu k návratu do aktivního života. A tady je místo pro pomoc našeho odborného týmu. Lékaři s odborností geriatrické, kardiologie, pneumologie, alergologie, RHB, interny, gastroenterologie, odborní pracovníci psychologie, sociální pracovníci a pracovníci rodinného poradenství, pracovníci ošetrovatelství, RHB a nutriční specialisté pomáhají našim nemocným k návratu zpět do civilního světa. Asi je na řadě odpověď na otázku, jak to děláme? Nemocnice je jeden celek komplexních a vzájemně provázaných odborných zdravotnických a psychosociálních služeb s přesně vypracovanými léčebnými postupy, sestavenými individuálně pro každého pacienta, a to podle jeho aktuálních možností a predikované životní a funkční prognózy. My nabízíme pacientovi komplexní péči, kterou s jeho souhlasem realizujeme krok po kroku a pak už jen záleží na pacientovi, jak moc se aktivně sám zapojí. Na první pohled se zdá, že jsme něco jako lázně, ale na rozdíl od lázní se věnujeme i optimálnímu medikamentóznímu nastavení léčby pacienta, doléčení a dovyšetření pacienta ve spolupráci s akutními provozy nemocnic, řešíme lékové interakce u pacientů s více jak 5 léky, řešíme poruchy výživy a hydratace u nemocných, kde léčba v domácím prostředí není efektivní a nevede ke zlepšení. Z ošetrovatelství se věnujeme zejména ošetrovatelsky náročné problematice chronických ran, které nelze řešit v domácím prostředí a ošetrovatelské RHB, což je zvláštní oblast sesterské péče, pomáhající pacientům k aktivním chůzi a základní soběstačnosti. Pro pacienty s poruchami hybnosti a mobility máme připraveny programy ambulantní i lůžkové RHB, a to dle závažnosti jejich postižení a dle aktuálních schopností.

Zdravotnictví se potýká s nedostatkem personálu, následné péče jsou obory, které jsou touto situací nejvíce dotčené, ošetrovatelské i zdravotní pozice zde nejsou velmi žádané, práce v nich je fyzicky i psychicky náročná. Zároveň populace celkově stárne, lidé se dožívají stále vyššího věku a nároky na tuto péči se budou logicky zvyšovat. Jak by podle Vás společnost a její řídicí představitelé měli na tuto situaci reagovat?

Toto je velmi komplikovaná otázka, na kterou bylo vypracováno již mnoho konkrétních koncepcí i na MinZd. Hovořím nyní za obor následné a dlouhodobé péče. Domnívám se, že hlavními faktory, ovlivňujícími rozhodování v klíčových otázkách dalšího vývoje následné péče jsou finance, politika a odkudsi přicházející a rozšiřující se mezilidská a hlavně mezigenerační nepohoda, v extrémních případech až nenávisť mladých vůči starým a naopak. K tomu stále se prohlubující morální úpadek obyvatel této země. První problém nastal v době porevoluční, kdy se bezhlavě převzaly všechny evropské úmluvy a kodex do nepřipravené společnosti a zdravotnictví přestalo být péčí a začalo být službou. Dodnes pacienti vyžadují péči a ne zdravotnickou službu, a nejsou ochotni i po více jak 20 letech převzít odpovědnost za své zdraví. Druhým problémem bylo rozdělení ministerstev na zdravotnictví a MPSV. Další porevoluční změnou v 90. letech s dopadem do následné péče bylo převedení LDN, dříve sociálních ústavů, do zdravotnictví, bez nastavených mantinelů jak odborných, tak úhradových. Do dnes v tomto není jasno. A poslední, resp. předposlední ranou systému zdravotnictví bylo zboření systému poliklinik a preventivní péče, což teď složitě nastavujeme. Poslední kapkou byla minimalizace akutní péče, snaha o minimalizaci lůžkové péče, a to bez nastavení kvalitního systému ambulantních služeb a domácí péče. V oblasti úhrad to bylo a stále je vynechání pacienta z finanční spoluúčasti na léčbě, na rozdíl od okolního světa. A z toho všeho se samozřejmě vyklubalo ochromené, finančně chudé zdravotnictví, svázané často nesmyslnými předpisy, stojící prakticky 20 let pouze na úsilí zdravotníků. Takže se není co divit, že klesala prestiž, pracovní podmínky, mzdy zaměstnanců ve zdravotnictví a proto není dostatek personálu. A co by se mělo dělat? Ono už se děje. Všechno se nastavuje znovu a moc se to neliší od původní předlohy. Rozdíl je jen v tom, že do zdravotnictví vstoupilo mnoho soukromých subjektů a nastavování systému je o to složitější a musí jít jinou cestou, než tomu bylo dříve, což je i zdoluhavější.

A co v následné péči? Záleží, co chceme vyřešit, jestli aktuální nedostatek personálu, tady je to jednoduché, peníze, pracovní prostředí, odpovídající pracovní zátěž, odlehčující programy pro zaměstnance, společenská prestiž a úprava vzdělávacích programů. Tyto body je možné při politické vůli naplnit prakticky ihned v trvání 3 let. Pokud však chceme řešit budoucnost zdraví a funkčních schopností narůstající skupiny seniorů, pak je potřeba začít u prevence, edukace a výcviku obyvatel ve zdravotní gramotnosti, což ministerstvo nedělalo a ani stále nedělá a především morální a ekonomické odpovědnosti za rodinu, kam senioři určitě patří. Nejlépe na tom jsme v preventivních programech, ale už méně v jejich dodržování. Tam začíná nemocnost a nemohoucnost ve stáří. No a když už člověk dospěje do věku, kdy potřebuje léčebnou nebo ošetrovatelskou intervenci, pak by bylo fajn, kdyby se všichni, kteří cokoli v této oblasti činí anebo podnikají, uvědomili, pro koho tuto zdravotnickou službu nastavují. Není to pro současné seniory ze socialistického Československa s minimálními nároky, ale pro lidi, kterým je nyní 40, max. 50 let, a to je velký rozdíl v chápání světa, chápání života, spotřebě a potřebě služeb i komfortu, preferenci domácího ošetřování atd.. Takže tomu je nutné se přizpůsobit stavebně i programově, což se taktéž neděje. Téma seniorů a péče o ně se dá probírat z mnoha pohledů, z mnoha i nelékařských oborů, ale je to stále o tomtéž, není to změna, ale postupný vývoj, který se nezastaví a na nás nepočká. Tento fakt našemu ministerstvu, naší vládě i našim spoluobčanům stále uniká.

Oddělení následné či dlouhodobé péče napříč Českou republikou všeobecně nepatří k nejmodernějším zdravotnickým zařízením. Dalo by se říci, že jejich rozvoj byl v minulosti tak trochu opomenut. Jakou péči by měla v rámci zdravotního pojištění společnost nabídnout svým dlouhodobě nemocným, v naprosté většině křehkým seniorům a jaké místo by měla mít tato péče v celkové zdravotnické koncepci státu?

V našem zdravotním systému má následná i dlouhodobá péče jasné a Zákonem 372/2011Sb o zdravotních službách a jejich poskytování definované mantinely, jen odborná i laická veřejnost o tom není dostatečně informována. Osobně si myslím, že zdravotní péče o seniory má přesah do sociálních služeb jen cestou sociální pracovníce. Zdravotnická a ošetrovatelská péče je přesně definovaná a má docela ostré hranice proti sociální službě zejména v tom, že stáří nelze léčit. Takže pokud je pacient nemohoucí v důsledku stáří, pak nepatří do zdravotnického zařízení, pokud u něj není nějaký zdravotnický problém. Kdysi jsem napsala kasuistický článek s názvem "Stáří není nemoc", kde asi na třech kasuistikách přesně ukazují oblast zdravotnické pomoci seniorskému pacientovi a potřebu sociální péče. Bohužel ani po letech se u nás nic nezměnilo. Podíváme-li se do USA nebo do Německa, tak tam je tato přesná hranice nastavená jednoznačně, u nás to stále nejde, i když v geriatrii používáme stejné vyšetřovací metody funkčního zdraví jako tam. Ale to je opět velmi obsáhlá problematika, která souvisí více s politikou než s medicínou. Pro nás následná péče patří tam, kam ji určil zákon 372/2011Sb, o zdravotnických službách a jsme schopni se do vymezeného prostoru vejít a pro pacienty ochotni udělat hodně nad rámec, o čemž je celá naše koncepce nemocnice.