

# Lékaři v klinické biochemii

V. Palička

## JAK JE TO S LÉKAŘI V KLINICKÉ BIOCHEMII? POTŘEBUJEME JE VŮBEC? A JESTLI ANO, TAK JAKÉ?

Celou historií oboru klinické biochemie a mnoha dalších „laboratorních“ oborů se v posledních desetiletích táhne diskuse o tom, kdo má v oboru pracovat, zda tam musí být lékař, zda tam musí být analytik, a co který z nich dělá. Jak se mají lékaři v oboru vzdělávat – mají mít dvě atestace z KB nebo má být KB až „druhou atestací“ – či v dnešním vyjádření, zda má klinická biochemie mít jako kmenový obor vnitřní lékařství – a jestli ano, jak dlouho má trvat a co se v něm má budoucí klinický biochemik naučit (jaké má mít po skončení kmene „kompetence“ v našem oboru).

Pokusím se položit několik otázek a byl bych rád, kdyby rozpoutaly diskusi. Nebudu tentokrát psát článek, ale jen algoritimizující hesla:

Zásadní algoritimizující otázka: Má vůbec být v klinické biochemii v ČR lékař? Jestli si myslíte že ne, článek je zbytečný a nečtěte ho.

Jestli ano, pak: na všech pracovištích (a neřešme nyní, zda jsou všechna pracoviště opravdu potřebná, to je otázka na jiný)? – to není možné, a také: co by na některých dělal?

Takže asi ne na všech pracovištích.

Pak na kterých?

*Stanovisko výboru ČSKB (volná citace): v podstatě stačí na těch, kde se provádí vyšetření pro lůžkové zařízení s lůžky akutní péče (asi ne LDN, lůžně atd) a stačí i v relativně malém úvazku (alespoň 0,5 – není-li ve vedoucí funkci), na ostatních stačí i v úvazku 0,2 a ani nemusí být přítomen, stačí když je dostupný telefonem nebo mailem ... - viz doporučení ČSKB z roku 2007 na webové stránce ČSKB (nepodkročitelná personální minima).*

Domníváte se, že je pracoviště klinické biochemie s lékařem stejné jako pracoviště bez lékaře? (Samozřejmě ne, liší se už jeho přítomností ☺).

Čím se tedy liší? Pravděpodobně skladbou pacientů (jejich zdravotním stavem).

Pokud až sem souhlasíte, musí následovat další otázka:

Jde-li na pracovištích s lékařem oboru a bez lékaře našeho oboru o odlišnou skladbu pacientů, potřebují identické spektrum vyšetření? Zkusme hypotetické odpovědi:

### Teoretická odpověď „ano“:

říká, že pak u těch „lehčích stavů“ bude řada vyšetření poskytovat normální výsledky. Je to potřeba? Možná ano – např. pro vyřídění těch, kteří mají zůstat v ambulantní péči, a které je třeba hospitalizovat. Nebo pro kontrolu po propuštění. Možná existují i jiné důvody. Pak je ale potřeba specifikovat vyšetření, která jsou potřebná pro zmíněné „vyřídění“ nebo pro kontrolu, a stanovit pravidla jejich používání.

### Teoretická odpověď „ne“:

ta se zdá být logičtější. Pak ale je nutno specifikovat vyšetření, která v ambulantní sféře nejsou potřebná. Doplňující otázka tedy zní: Co dělat, když taková „ne-nezbytná“ vyšetření ordinující lékař chce?

Na to je teoreticky snadná odpověď: Je potřeba říci pojišťovně, aby limitovaly ordinace-indikační možnosti jednotlivých testů, podobně jako limitují preskripci jednotlivých léků.

To je mimochodem velmi zajímavý okamžik něco takového navrhnout, ale specifikace jednotlivých testů podle odborností a spektra pacientů by byla velmi složitá. Muselo by jít jen o vybraná speciální vyšetření a mělo by to navazovat na doporučené postupy. Nestálo by ale za úvahu se o to pokusit? – to je přece Evidence Based Laboratory Medicine, nebo ne? Přece jsme dostatečně vzdělání a kvalifikovaní, abychom byli schopni říci, která vyšetření jsou v kterých stavech nezbytná, potřebná, indikovaná – nebo zbytečná.

Stanovíme-li ale soubor vyšetření „pro složitější stavy“, která nejsou doporučena v terénních (ambulantních) pracovištích (protože tam je jiná skladba pacientů, a proto tam také není-nemusí být trvale přítomný lékař, specializovaný v klinické biochemii), pak bychom měli v nemocnicích s akutní péčí říci, že tato vyšetření jsou závažná i pokud jde o jejich interpretaci a budou například vždy provázena komentářem lékaře klinické biochemie. Je to možné? Možná ano, pokud by jich bylo přiměřené spektrum (těch vyšetření) a přiměřené množství (těch lékařů, ale i těch vyšetření). Ale ono by to také definovalo část práce lékaře v klinické biochemii!

A tak: nechceme se nad tím zamyslet?

Má-li být na (některých) pracovištích oboru lékař, co má umět a co má dělat? (Mimochodem, tyto dvě oblasti se mohou lišit, nemělo by to ale být o mnoho

– můžeme po něm chtít znalost principů technik a metod, ale jen orientačně, pokud nechceme, aby je sám prováděl).

Má se lékař v KB aktivně podílet na analytické stránce? Pokud ano, v čem konkrétně? Osobně si myslím, že prakticky ne, že by to nemusela být jeho standardní denní náplň práce. Pokud tedy lékař nebude provádět laboratorní vyšetření, jak se to odráží v požadavcích na znalosti k atestaci? Nechceme dnes po lékařích při atestacích z tohoto pohledu příliš (zbytečně) mnoho? Snížíme-li však požadavky analytických znalostí u lékařů, nedostaneme se do konfliktu s požadavky EC4, resp. EFCC na postgraduální vzdělání? A hlavně – nebude mu to v praxi potom chybět? – ale to je na jiný článek a jinou diskusi.

Vraťme se tedy a ptejte se: Co konkrétně má lékař v oboru klinické biochemie dělat?

- viz výše – komentovat (vždy, všechny) výsledky vybraných vyšetření?
- konzultační činnost? Kdy, pro koho?
- účast na vizitách? (lze lépe v malých nemocnicích než ve velkých)
- pravidelné porady s kliniky typu rtg vizit? Chtěli by to klinici?
- aktivní konzultace „u lůžka“, když zjistí „zvláštní výsledek“?
- ambulanci? Jakou? (lipidy, litiáza, vrozené vývojové vady, osteologii, jiné)

#### **Trvalý nářek a námítky:**

Lékařů v oboru je málo, požadovat jejich obligatorní přítomnost na pracovištích KB tedy nelze.

Takže: co děláme pro to, aby jich bylo více?

Proč si myslíme, že by do oboru šli (měli jít)?

Chceme jen „podivný“, kteří vystudovali medicínu, ale nechtějí vidět pacienty a nemají na to, aby šli dělat vědu do laboratoří Akademie věd nebo teoretických ústavů fakult? Pokud ne, co jim nabízíme? Sedět v laboratoři, kde analytik umí více než oni a z lékařské činnosti po nich chceme papírovou kontrolu výsledků? Opravdu by to mohlo někoho bavit? Vynechejme výjimky, které se baví výukou, výzkumem, řízením velkých pracovišť atd.

CO JIM TEDY VLASTNĚ NABÍZÍME?

CO TEDY VLASTNĚ DĚLÁME PRO TO, ABY LÉKAŘI DO OBORU ŠLI?

Chceme o tom vůbec diskutovat, nebo jen chceme říkat – ono to nejde? Nejsme náhodou v uzavřeném kruhu – lékaři v oboru nejsou, proto nemůžeme požadovat, aby na pracovištích byli, a protože to nepožadujeme, tak oni do oboru nejdou..... A neuzavřeli jsme ten kruh náhodou sami?

Budu se těšit na ohlasy.

*Poznámka: v letošním roce Ministerstvo zdravotnictví vypsal pro obor klinické biochemie (lékaři) celkem 5 míst. Přihlásí-li se tedy zájemci, budeme připravovat pět lékařů pro obor. Všichni víme, že pracovišť oboru je několik set a na mnoha z nich lékař chybí. Přesto proti „přídělu“ pěti lékařů neprotestujeme, nekřičíme, nezduřujeme, nevysvětlujeme...*