

Malé zamyšlení

V. Palička

Je to jistě dáno věkem, ale mám v poslední době čím dále tím větší pocit, že dochází k další generační změně-obměně v klinické biochemii. Na tom není nic špatného. Je to samozřejmě a patří to k životu. Starší odcházejí a přichází nová generace – v optimálním případě plně kvalifikovaných odborníků ve „středním věku“, kteří obor nejen převezmou, ale dále rozvinou. A nezapomeňme, že současně už by měli začít vychovávat další, mladší kolegy.

Ta tzv. odcházející generace někdy odchází skutečně – nedávno zemřel pan primář Zvolánek, přednosta OKB v Opočně. Malá nemocniční laboratoř, která pochopitelně měla a má limitované možnosti a limitované spektrum prováděných vyšetření. Ale Miloš Zvolánek byl přitom skutečný a v mnohém slova smyslu velký odborník našeho oboru. Přemýšlel a systematicky se vzdělával. Přemýšlel o každém výsledku a nad každým atypickým hloubal – tak dlouho, až ho plně pochopil, až byl schopen to probrat s klinickým kolegou. Přicházel se radit – často s kliniky, často s kolegy na jiných okresních pracovištích, často k nám do Fakultní nemocnice. Patřil ke generaci, která vlastně obor zakládala a která ho vybudovala. Lékař, který rozuměl biochemii, která ho bavila a který ji propojoval s klinikou. Bylo jich takových více – a jistě jsou.

K tomu dnešnímu zamyšlení mne vede pocit, že takových lidí ale ubývá. Jistě, doba se mění. Chrlíme tisíce a tisíce výsledků, a některé už přešly do takové obecné znalosti, že si s nimi poradí většina kliniků i bez nás. Ale přibývají nové metody, nové postupy, nové „výsledky“, které se napřed učíme vůbec pochopit a interpretovat my a které následně musíme pomoci užívat klinikům. Tak to bylo vždy a jinak to nejde. Ale občas to nechceme slyšet. Občas máme pocit, že je hlavní, že to „dobře změříme“, že máme spolehlivou akreditaci, všechny certifikáty, vychází nám kontrola kvality. A že vysvětlit, co s tím výsledkem dělat a jak ho interpretovat, je prací klinika. To je ale degradace oboru. To je nepochopení podstaty oboru. To je pohodlnost. To je špatně.

Má to mnohé důvody a mnohé důsledky. Mezi těmi důvody se nejčastěji objevují dva. Za prvé: chrlíme těch výsledků mnoho a nás je málo. Nemůžeme to stihnout. Jsme ponořeni do analytické oblasti a ekonomiky a „interpretace výsledku je zadarmo“. A za druhé: oni to po nás klinici nechťejí. Oni nás vůbec na svých pracovištích nechťejí, kdybychom se tam vnucovali, tak je zdržujeme a oni nám to dávají

najevo. A my neznáme stav pacienta, neznáme jeho klinický stav a ostatní nálezy – tak jak bychom to mohli interpretovat?

Důsledky jsou mnohé. Uzavíráme se do svých laboratořích, pilujeme analytiku (to je výborné), mluvíme o preanalytice (ale klinici nás moc neposlouchají). Ztrácíme klinické znalosti, myslím tím schopnost vyšetřit pacienta (a to je velmi špatné). My vlastně pacienty vůbec nevidíme, a tak ztrácíme i ten bezprostřední pocit, pro koho to vlastně děláme. Za tím číslem, které vydáváme, není žádný obličej, žádný stesk, žádná bolest, žádné trápení, žádná nemoc. To vede k diskusím, proč vlastně má laboratoř vést lékař. Analytik má nepochybně lepší a rozsáhlejší znalosti v tom, co je dnes v laboratoři dominantní, tedy v produkci výsledků. Vysoký stupeň automatizace a robotizace ale vede k tomu, že se i tato oblast zužuje a objevují se diskuse o potřebnosti analytiků – vždyť ten automat obsluhuje kvalifikovaná laborantka a „analytika“ obstarává dodavatelská firma – včetně servisu.

Jenže bez lékařského pohledu a bez klinického náhledu náš obor jako „klinická“ biochemie zanikne. I nadále budeme produkovat výsledky, ale budou to jen perfektně změřená a validovaná čísla, bez jakékoli přidané hodnoty. Nebudeme-li se zajímat o ty, pro které ta měření děláme, nebudeme-li o nich vědět, nebudeme medicínským oborem, ale jen výrobnou. Sice kvalitní, ale výrobnou. A to ještě kvalitní jen v jediném, produkčně-výrobním aspektu. Z hlediska klinických potřeb a laboratorní medicíny už o kvalitě mluvit nemůžeme.

K tomu, abych napsal toto malé zamyšlení, mne vede opět probíhající diskuse o personálním zajištění oboru. Diskusi vyprovokovala tentokrát diskrepance mezi požadavky na kvalifikaci lékaře (atestace, dlouholetá praxe, systematické a dokladované další vzdělávání) a kvalifikaci analytika, která je v mnoha pohledech méně náročná, především časově (a ještě byl zrušen kreditní systém i registrace). Jsem naprosto zásadně přesvědčen, že potřebujeme obě kategorie vysokoškolsky vzdělaných pracovníků. Jsem přesvědčen, že požadavky na jejich vzdělání mají a musí být srovnatelné, včetně délky požadované praxe. Mám zcela zásadní problém s tím, že v „nepodkročitelných minimech“ uvádíme, že pro nemocniční pracoviště KB stačí součet 0.2 + 0.8 (lékaře a analytika či naopak). Argumentem je, že lékařů je málo a nemá smysl si klást nesplnitelné požadavky. Tento argument slychám nejméně 20 let a je stejně nesmyslný, jako byl tehdy. Nebudeme-li požadovat, aby v nemocničních pracovištích byl lékař (protože je jich málo), tak jich nikdy více nebude. Žádný ředitel či majitel nebude přepřínovat

nezbytné požadavky. Ale každý ředitel či provozovatel splní požadavky, bez kterých by pracoviště nesměl provozovat. Když poskytneme čas na jejich splnění, splní je. Ale když je nevezneseme, tak nebudou. Všechny obory tak postupují – tedy všechny ne, klinická biochemie to nečiní. Možná už je pozdě, ale měli bychom jako obor podložené požadavky projednat na MZ, obhájit je, nastavit jejich postupné plnění a pak ho vyžadovat. Start není tak tragický, jak stále říkáme – pořád ještě statistiky vedou víc než 250 lékařů oboru. A analytici? Jsou většinou skvělí a není jich nedostatek. Jen bych trval na stejné (i časově) kvalifikaci a systematickém vzdělávání. A do jejich výuky a přípravy bych dal více klinických informací. Tak, jako po lékařích při atestacích požadujeme znalost analytických postupů, tak je potřeba po analyticích požadovat přiměřený rozsah znalostí klinických, alespoň těch, které jsou nezbytné pro interpretaci výsledků. Přidám ještě jeden provokativní a provokující moment: přece nemůžeme říkat, že nepodkročitelným minimem personálního obsazení je zmíněných 0.2 + 0.8 – bez ohledu na velikost pracoviště, bez ohledu na spektrum metod, bez ohledu na počet a charakter lůžek ve zdravot-

nickém zřízení atd. Nemůžeme mít stejné (číselně stejné) požadavky na počet pracovníků na malém a velkém pracovišti. To je nesmysl – nebude-li dostatek personálu, nikdy nebudeme schopni plnit potřeby oboru a potřeby pacientů – jen vyhovíme nějakému papírovému požadavku. Zcela jistě přitom potřebujeme vysokoškolsky vzdělané pracovníky obou kategorií – lékaře i analytiky. Pracoviště v nemocnici má podle mne vést lékař – není to nic proti velmi schopným analytikům, ale zásadně to ve většině případů usnadňuje komunikaci s ostatními primáři. A osobnosti (s jakýmkoli vzděláním) se prosadí vždy a nepotřebují k tomu nezbytně cedulku na dveřích. Pracoviště pro ambulantní specialisty a praktické lékaře má také mít pracovníky obou specializací, i když tady ten kratší úvazek lékaře může postačovat – ale zase záleží na spektru a počtech.

Vím, že už asi mnoho lidí nepřesvědčím, jen je mi líto, že si jako obor tu větev někdy podřezáváme sami a že zanedlouho bude pozdě a už to napravit nepůjde. Nebo mne ta zmíněná nastupující střední, nová generace přesvědčí, že jsem zbytečně pesimistický? Nic by mi neudělalo větší radost.