

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.,

je internista-endokrinolog, vedoucí Osteocentra v Ústřední vojenské nemocnici Praha.

Vždy jsem ve svých přednáškách pro mediky zdůrazňoval důležitost prvního kontaktu s pacientem. Tedy pohovořit s nimi a získat co nejpodrobnější anamnézu. Je chybou, začne-li lékař rovnou na počítači psát odpovědi či „zpověď“, aniž by se na pacienta podíval. Takový lékař nemůže předpokládat, že získá jeho důvěru, ani že se dozví vše, co potřebuje. Technika je pro mladého lékaře svůdná, ale nesmí zapomenout, že je MUDr., nikoli Ing. medicíny.

Televize, internet apod. mají vliv na tělesný i duševní rozvoj dětí a adolescentů (ale i na dospělé). Sedavý způsob před obrazovkou jistě neprospěje a pravidelné sledování drastických scén dětskou populací je nesporně škodlivé. V USA zjistili, že počet vražd, které dítě ve školním věku vidí na obrazovce, jde do tisíců. Pedagogové (asi více než rodina) by měli uplatňovat zásady tělesného i psychického zdraví zodpovědněji. Nevidím jiný způsob, jak se vyhnout nepříznivým důsledkům. Nelze očekávat, že by média sama snížila počet těchto toxických programů.

Ke kampani proti ptačí chřipce se asi nikdo nemůže vyjádřit zcela zodpovědně. Na jedné straně nebylo využito mnoho vakcín, což byla jistá ekonomická stránka věci, na straně druhé by byla neodpustitelná nedbalost, kdyby vakcíny nebyly k dispozici při epidemii, jež mohla zabít tisíce lidí. Přitom ekonomická ztráta byla nepatrná v porovnání s několika šroubky na Panduru nebo se zanedbáním miliardových částek lajdáckou nedbalostí.

V Číně a na Srí Lance jsem navštívil pracoviště, kde jediným léčebným způsobem byla právě akupunktura. Zdálo se mi, že má určité výsledky u některých chorob. Homeopatie je založena na podávání malých dávek homeopatických léků, většinou složených z různých bylin. Čistá herbální medicína má jistě svůj efekt. Vždyť mnoho léků vědecky uznávaných pochází právě z bylin. Jiné alternativní způsoby, např. tzv. urinoaterapie (léčba močí) a léčba červenou řepou či celerem apod. jsou však zcela zavrženíhodné.

Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.

Je zástupkyně přednosta Neurologické kliniky I. LF UK a VFN v Praze a zakladatelka RS centra, zabývajícího se roztroušenou sklerózou.

Prestižní obor medicína asi je. Ale o tom rozhoduje spíš veřejnost. Lékař je vnímán jako někdo, za kým se chodí, když se nám porouchá to nejcennější, zdraví. A protože spousta chorob (ne-li všechny) má psychickou složku, počítá se s tím, že lékař bude sloužit i ve funkci, kterou měl kdysi pan farář. Jenže lékař pro to není trénován a už vůbec se s tím nepočítá v sazebníkovém systému pojišťovny. Takže se rozjedou zbytečná vyšetření tam, kde by stačil pohovor. Ten ale není vyřízen za deset minut. Navíc náš člověk si souvislost s psychikou vůbec nechce připustit, takže se raději dá instrumentálně vyšetřovat, aby se objevila nějaká „opravdová, zdravotní“ příčina jeho obtíží. Pak může navíc svou chorobu (je-li společensky přijatelná) vhodně používat. Nikdo netuší, kolik chorob se užije k manipulaci v rodinách, v zaměstnání. Kdyby měl lékař na pacienta dost času a mohl tyto mechanismy odhalit, ušetřilo by se v systému dost peněz.

Deprese u roztroušené sklerózy vede k sebevraždám sedmkrát častěji než u ostatní populace. Jde většinou o bilanční sebevraždy, ztrátu výhledu, sečteno a podtrženo: „nemám už co čekat“. Pomoc zkušeného psychologa je v centru pro RS neocenitelná.

Protože jsme to včas rozpoznali, máme jak psychologa, tak psychoterapeuta. A protože tělo a duše nejsou dva oddělené, nesouvisející světy, rozvíjíme program pro pacienty, kde se učí pracovat s obojím najednou. Po několikaletých zkušenostech píše naše psychoterapeutka Renáta Schubertová knížku příběhů. Příběhů pacientů, kteří se rozhodli se svým životem něco dělat. Bude to průlom do tabu. Mnoho lidí je překvapeno, co všechno životní zkušenost ovlivňuje, kdo a jak je „naprogramoval“ a jak z toho lze najít cestu ven. Jak lze nemoc uchopit i pozitivně jako něco, co jim může něco říct. Tuhle cestu mi otevřeli sami pacienti, protože oni jsou největší odborníci na svou chorobu. Vyprávěli mi o své cestě k osobnímu rozvoji a já se rozhodla, že je třeba udělat pro to něco soustavného, co by mohlo sloužit všem, kteří pro sebe chtějí udělat něco víc než jen polykat prášky.

Kritéria pro léčbu nemocných roztroušenou sklerózou jsou v ČR bohužel od jejího zavedení v roce 1996 kritérii diskriminačními. V zájmu ušetřit finanční prostředky byla léčba vždy (až doposud) poskytována jen pacientům s daleko vyšší aktivitou choroby, než jak je zavedeno v zahraničí. Za těch šestnáct let jsme si tak vyrobili spoustu invalidů, kteří dnes odčerpávají jinému rezortu více peněz, než by se bývalo spotřebovalo na jejich léčbu, která mohla invaliditu oddálit. Taková je ale zdravotní politika státu a všichni jsme odpovědní za politiky, které si volíme. Od roku 2013 by se měla léčba včas dostat alespoň k těm nově diagnostikovaným, kde má největší šanci fungovat. S dalšími kritérii se nám ale zatím hnout nepodařilo. Nikdo se neptá na názor odborné veřejnosti. Mluví se o medicíně založené na důkazech, ale nikdo je nechce slyšet.

MUDr. Petr Chmátal, Ph.D.

je předseda představenstva a generální ředitel Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s. Působil jako chirurg v balkánské válce (1994) a v roce 2003 jako šéflékař 7. polní nemocnice v irácké Basře.

Před lety jsem si vybral všeobecnou chirurgii pro její širší vědění a rozmach, který měla. Dnes se tato šíře nedá plně ovládnout. Stále ale existují situace, jsou období a stavy, kdy široce erudovaný jednotlivec může poskytnout daleko více dobra než úzce vyhraněný odborník. Naše společnost ocení tyto lidi zřídka, obvykle za mimořádných situací. Nicméně v polovině světa, té méně rozvinuté, jsou základními pilíři zdravotnictví. Ať nám možnosti našeho zdravotnictví vydrží. Mějme na paměti: to, že jsme se narodili v bohaté společnosti, neznamená, že v ní musíme i umřít.

Chirurgická populace významně zestárla, průměr řemeslo vykonávajících lékařů je vysoko nad padesát let. A kdo přijde po nás? V naší zemi máme rovnoprávnost a na lékařské fakulty podle výsledků přijímacích testů nastupuje více dívek než chlapců. Určitě nejsem „macho“ ani žádný bojovník proti feminizaci. Ale byl bych přece jenom radší, až na mě dojde, aby se nade mnou na operačním stole skláněl chirurg s chlapeckými vlastnostmi, jako jsou fyzická síla, rozhodnost a jiné, než jemná, křehká a citlivá dáma. Ať se na mě ženy nezlobí. Ptal jsem se akademiků, zda nelze zařídit, aby fakulty přijímaly ženy a muže v poměru alespoň 1:1. Odpověděli mi, že to nejde.

Všichni se dnes a denně setkáváme s příběhy, jak sedíte hodiny v čekárně, pak vás lékař vyšetří, řekne, že to nepatří do jeho oboru a odešle vás k jinému specialistovi. My, ředitelé, se s tím setkáváme pravidelně při stížnostech. Pacient popíše situaci, kdy přišel do nemocnice pro akutní obtíže. Strávil celý den na „emergency“, byl postupně vyšetřen řadou lékařů

různých specializací a nakonec se mu samo tak ulevilo, že rozzlobený a utahaný nemocnici spontánně opustil. Vždy mě to rozcílí. A ačkoli nastavujete mantinely, aby k podobným situacím nedocházelo, stejně se periodicky opakují.

Ministerstvo zdravotnictví a špičky oborů dnes razí možnost příplatku pacienta za kontakt se „špičkovým odborníkem“. Z mého pohledu nesmysl. Znáám růst některých „odborníků“.

Víte, kolik peněz se u nás utratí za chemické vitamíny a potravinové doplňky v průměru za jeden rok? Je to obtížně vyčíslitelné, ale jedná se o částku vyšší než deset miliard korun. Přitom zdravý člověk, který pojídá normální pestrou stravu, nic takového nepotřebuje.

To, co mě znepokojuje, je vývoj u plátců zdravotní péče, ve zdravotních pojišťovnách. Vnímám, že odchází řada odborníků spjatých s medicínou a nastupuje nová, ekonomicky vzdělaná generace, z mého pohledu technokratů. Neměli bychom opouštět filozofické přístupy našeho prostoru směrem k čistě ekonomickým hlediskům. Mám negativní zkušenost (jednu z mála) ze Spojených států. Soukromé zdravotní pojišťovny tam během roku vydělaly nemalé peníze a poté rozdělily zisk. Akcionářům, manažerům... Pacientům nic. Nerad bych se dožil stavu, kdy i u nás budou zdravotní pojišťovny vyplácet dividendy a nemocnice s pacienty na ně budou šetřit. Vím, že takto někteří lidé z kruhů majících vliv na zdravotnictví uvažují. Je nutné provést reformu zdravotnictví, čím rychleji a důsledněji, tím lépe. Neměla by se však dostat do rukou finančních korporací.

Ze vztahu s justicí vím, že se soudci dlouhou dobu bránili vynášet razantní rozsudky proti nemocnicím, vědomi si reality, že tento stav může podkopat schopnost zdravotnického systému pracovat. Tuto praxi prolomily nedávné soudy, vedené nepochybně reprezentanty nové generace. Padly odškodňující náhrady v nevídaných částkách. Dvacet let jsme čekali nástup právníků do medicíny. Najednou nastal. Nemám z toho radost. I z toho důvodu, že řada aktérů rozhoduje něco, o čem nemá etické povědomí. Stejně tak proto, že medicína se neliší od jiných činností a každý z nás se někdy dopustí chyby. Víte, že profesor Bodner, chirurg, který operoval Václava Havla i jiné prominenty, byl před časem v Innsbrucku odsouzen za lékařské pochybení?

Doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

je zástupcem přednosty Neurologické kliniky a vedoucím lékařem neuro-otologického centra Fakultní nemocnice v Motole. Hlavní oblastí jeho zájmu je problematika rovnovážného systému a závratí.

Velmi negativní je také posun společenských rolí. Z pacienta se stává klient, ze zdravotní péče se stává zdravotní služba, z lékařů se stávají podnikatelé, z nemocnic se stávají poskytovatelé služeb. Já zásadně léčím pacienty, tedy osoby trpící, kteří přicházejí za lékařem proto, že je něco trápí, že něco omezuje kvalitu jejich života, a předpokládám, že přicházejí proto, abych jim pomohl, že to je jejich bytostný zájem. Klienti chodí do bank, za právníky a podobně. Základním posláním lékaře je léčit a řídit se Hippokratovou přísahou za všech okolností, a ne vidět pacienta prizmatem úhradové vyhlášky a podvojného účetnictví.

V současné době se mezi velká břemena řadí administrativa. Na špičkových zahraničních pracovištích mě vždy fascinovalo to, že lékař po vyšetření pacienta zvedne takové „kouzelné sluchátko“, kam nadiktuje nález, s pacientem se rozloučí, a ten si pak nález, který je současně poslán jeho ošetřujícímu lékaři, vyzvedne cestou z nemocnice. Představa, jak lékař, třeba i přednosta kliniky, zápasí s počítačovým systémem a dohledává statistickou klasifikaci nemoci a následně ještě vyplní v systému účet pro pojišťovnu s kódy všech výkonů, které udělal, je

pro vyspělý svět stále nepochopitelná. Považují nás za rozmařilé podivíny, kteří nejsou plně kompetentní v organizaci práce.

Na protestech poslední doby bylo zajímavé to, že nikdo nevěnoval pozornost nespokojenosti mladých lékařů se systémem vzdělávání, s jejich hodnocením, perspektivou profesního růstu atd. To byly příliš abstraktní pojmy, ovšem jakmile se problémy zhmotnily v určitou sumu, najednou tomu všichni rozuměli. Šedesát tisíc si každý hned představil a považoval to za jasně definovaný problém. Pokud se mluvilo o tom, že lékaři chtějí zlepšit systém atestací, spravedlivější hodnocení odvedené práce, aby nebyli nuceni podepisovat závazky na desetiletou práci pro konkrétní nemocnici jenom proto, že je přijala jako absolventy a umožnila jim absolvovat státem nařízené vzdělávání, nikdo to nechápal.

Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA

vede Interní kliniku 2. LF UK a FN Motol, zároveň stojí v čele České diabetologické společnosti ČLS JEP a Diabetické asociace ČR.

Výsledkem vědeckého kvasu bylo obecné doporučení: pacient s diabetem 2. typu by měl být odhalen ihned v začátku nemoci (což zdůrazňuje zásadní důležitost aktivního vyhledávání pacientů, neboť v začátku nemoci nemají prakticky žádné příznaky), měl by být léčen medikamenty ihned od začátku (lékem první volby je metformin) tak, aby bylo dosaženo glykemie co nejbližší normální hodnotě. Léčba by měla být vedena tak, aby se nezvyšovalo riziko hypoglykemie („přestřelení“ glykemie pod normální rozmezí). Současně by měl být intenzivně léčen vyšší krevní tlak a vyšší tuky v krvi.

Jedním z důvodů, proč se nemocní uchylují k různým pokoutním či obskurním způsobům léčby, je jistě i neschopnost lékařů věnovat dostatek času rozhovoru s nemocným. Je tu však jeden problém: stačí-li vám na odborné posouzení nemocného, stanovení diagnózy a návrh léčby několik desítek minut, máte je adekvátně proplaceny. Jste schopni za den vyšetřit a léčit určitý počet nemocných. Pokud byste měl přidat rozhovor s nemocným týkající se jiných věcí, než pouze přímo jeho potíží, potřebujete čas navíc. A na tohle systém příliš nepamatuje. Jistě, bylo by správné, aby lékaři věnovali více času nemocným, ale vytvořit pro to prostor musí instituce, které organizují zdravotnictví. Jinak to nejde.

Diabetes 2. typu je geneticky podmíněná nemoc, takže pokud žijete dostatečně dlouho, projeví se u vás dříve nebo později. Máte-li nadváhu či jste obézní, bude to spíše dříve. A pokud se ještě k tomu nepohybujete a skutečně jenom sedíte v práci i doma (tam, předpokládám, v noci i ležíte), objeví se diabetes velmi záhy. Platí také, že je lepší mít lehkou nadváhu a hojně se pohybovat (dvacet až padesát minut denně) než být štíhlý a jenom posedávat.

Doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc.

je primář Kardiochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice. Kromě obecné kardiochirurgie je centrem jeho zájmu chirurgie s využitím lidských chlopní, chirurgie hrudní aorty, aplikace nových metod do praxe, experimentální projekty a výuka.

Musí se stále provozovat vše, jak rutina, tak nové věci. Tím si udržujete tu „šikovnost“, která nespočívá jen v ohebnosti prstů, ale jde hlavně o to, že nakládáte přesně stehy, preparujete přesně tkáň, nic neporaníte, děláte menší řezy, jste šetrný, přesnost je pak i rychlost, a tím jste šetrnější k nemocnému ... To je ta „šikovnost“ v pravém slova smyslu. Je potřeba udržovat se v dobré kondici, nesmíte po třech hodinách najednou víc přemýšlet o svých zádech než o vlastní operaci – proto musíte

využívat fitcentra, běhat, jezdit na kole... Někdy si určitou fyzickou limitaci nahradíte lepší polohou u stolu, vhodnější oporou ruky, někdo si třeba i sedne... I u „robotické chirurgie“ je zásadní ta osobní „šikovnost“, o které jsem už mluvil.

Při rozhodování, jestli se nechat od někoho operovat, je zásadní informace, kolik toho chirurg dělá. To, jestli je profesor nebo docent, nehraje samo o sobě hlavní roli, i když to jde v kardiochirurgii často ruku v ruce, to zase ano.

Obecně v homeopatii moc nevěřím, ale taky o ní nic nevím, takže bych asi měl být zdrženlivý. Spíše si myslím, že jde o efekt do značné míry psychologický, možná založený, hodně přeneseně, na podobném principu jako očkování. Věřím na objektivně kvalitní a zdravou výživu a cvičení. Jsou ale alternativní způsoby léčby, které mají racionální základ – např. použití některých druhů červů k čištění ischemických nehojících se a infikovaných ran na dolních končetinách diabetiků vypadá „šarlatánský“, opravdu ale funguje. Myslím si ovšem, že mnohé alternativní postupy jsou jen klam na lidi, kteří jsou k tomu náchylní a ani nevědí, že jsou klamáni – viz „Básníci“ a saniťák Písařík. Viděl jsem už mnoho lidí těžce a nevyhnutelně stonat, než abych věřil, že lze všechno vyřešit tak nějak atypicky.

Když otevřete hrudník a cítíte tepat srdce, pak jej zastavíte, odoperujete, znovu rozběhnete a život se vrátí – neznám, co se práce týká, nic, co by ten pocit mohlo nahradit. Sice časem trochu otupíte a některé věci se stanou rutinou, pak se ale vždy stane něco, co vám připomene, na jak tenkém ledě jste – neočekávaná komplikace, nepředvídaná věc, poděkování, vaše pacientka vám ukáže dítě narozené poté, co jste ji odoperoval, nová technologie, nové možnosti... Myslím, že není větší adrenalin než kardiochirurgie. Na fatální rozhodování o bytí člověka, který se vám svěřil, jsou někdy jen vteřiny – mezi životem a smrtí stojíte vy se svými znalostmi, zkušenostmi, dovednostmi. Zkoušel jsem skákat padákem, potápět se, dělat bojové sporty, ale nikde jsem tolik napětí a adrenalinu nezažil, snad jen na té motorce.

Prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., FESC

se věnuje klinické práci a výzkumu v oboru srdeční elektrofyzologie, a to především problematice katetrizačních ablací srdečních arytmií.

V roce 2007 otevřel první komplexní robotizační katetrizační pracoviště v Nemocnici Na Homolce a v témže roce zahájil práci první experimentální laboratoře se zaměřením na srdeční elektrofyzologii. Pracuje na vývoji technologie používané při katetrizačních ablacích srdečních arytmií.

Jsem velmi špatný pacient, již jen prostý odběr krve mi vyrazí dech a mám z toho kolapsové stavy! Nicméně sám na sobě jsem posoudil, že když mi teče do bot, podstoupím i tu nejradikálnější cestu, aby se můj stav zlepšil. Ta obava z prostého odběru krve, o které jsem hovořil, je ovšem podle mého soudu výhodná i pro moje pacienty, protože pokud provádím výkon jim, vždy mám takový nedefinovatelný pocit, jako bych ten výkon prováděl sám sobě, a pokud by mě to bolelo, velmi bych trpěl... Domnívám se tedy, že i můj pacient trpí méně, protože si ho hýčkám. Ostatně jako první v ČR jsme u některých katetrizačních výkonů zavedli i výkony v celkové anestezii (myslím tím specificky katetrizační ablace k odstranění srdečních arytmií), a to z více důvodů: jednak se jedná o velmi zdoluhavé výkony a nemocný trpí i tím, když dlouho leží na zákrokovém stole, jednak proto, že se nám méně pohybuje a jsme schopni zabránit nenadálému pohnutí nemocného, když je potřeba provádět přesnou navigaci katetru ke struktuře, kterou je potřeba intervenovat.

Stres je logickou součástí našeho života, jenomže jiné jsou podněty, které ho způsobují. Dříve to byl zápas se zvířetem nebo s bojovníkem jiného kmene, a kvůli tomu přetrvávají naše „obránné“ reakce, které stres spouštějí. Naproti tomu dnes je stresem špatný e-mail, vynadání od šéfa, termíny, ale reakce je obdobná jako při fyzickém úsilí zabít mamuta nebo soupeře! Tedy organismus reaguje vyšší krevní srážlivostí, aby rány méně krvácely, vyplavují se různé aktivátory, které bičují organismus k vyššímu výkonu, a my přitom sedíme před „kompem“... Jsme zkrátka velmi pomalí ve vývoji těchto bazálních regulačních pochodů, které nechápou, že je vlastně nepotřebujeme a že nám mohou dokonce ubližovat.

Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

je od roku 1991 ředitelem Revmatologického ústavu v Praze, od roku 2000 i přednostou Kliniky revmatologie I. LF UK a VFN.

Je velmi aktivní v českých i zahraničních odborných společnostech – vedle toho, že vede Českou revmatologickou společnost ČLS JEP, je také čestným členem například New York Academy Science, Slovenské revmatologické společnosti. Polské revmatologické společnosti a mnoha dalších.

Potkáte-li dnes řadového občana nebo slyšíte-li rozhovor někde v sauně, nabudete dojmu, že se naše zdravotnictví rozpadlo. Ve skutečnosti to není pravda a bylo docíleno řady úspěchů, o kterých občané nejsou vůbec informováni. Jako příklad lze uvést prodloužení střední délky života po revoluci téměř o pět let, velké množství pacientů na dialýze, jeden z nejefektivnějších způsobů řešení kardiovaskulárních situací, špičkové výkony některých chirurgických profesí, výborné výsledky péče o onkologicky nemocné a o pacienty s autoimunitními onemocněními...

Pokud jste se zmínil o homeopatii, osobně k ní mám zcela negativní přístup. Je to jedna z metodik, která by umožňovala provést řádné randomizované, klinické studie, ale homeopati toto odmítají. Využívají tedy jen placebo efekt a evidence o účinnosti jejich postupu není žádná. Navíc se řada lidí domnívá, že homeopatie je zcela bezpečná metodika, při které nehrozí nežádoucí účinky. Již mnohokrát jsme zažili různé poškození jater či jiných orgánů při zcela nekontrolovaném používání produktů alternativní medicíny, často zcela neznámého složení.

Prof. MUDr. Jan Peregrin, CSc.

atestoval v oboru radiodiagnostika v letech 1978 a 1982, v oboru intervenční radiologie v roce 2005. V roce 1984 vycestoval do Kuvajtu, kde pracoval tři roky na radiologické klinice University of Kuwait. O tři roky později se vrátil do IKEM na Základnu radiodiagnostiky a intervenční radiologie na pozici zástupce přednosty a od roku 1991 přednosty. Byl zvolen viceprezidentem Evropské společnosti kardiovaskulární a intervenční radiologie (CIRSE), dále působí ve funkcích předsedy České společnosti intervenční radiologie ČLS JEP, člena výboru České radiologické společnosti ČLS JEP a předsedy Vědecké rady IKEM.

Mně osobně nejvíce vadí, že se při omezeném rozpočtu ode mě očekává rozhodnutí, který pacient dostane dražší a který levnější spotřební materiál (a tedy dražší či levnější péči). Přitom takové rozhodnutí není odborné, ale je jednoznačně politické a mělo by být v systému zdravotní péče jasně definováno. Jenomže se zatím nenašel žádný sebevražedně zaměřený politik, který by veřejně řekl, že na některou péči naše ekonomika nemá, a tudíž ji nebude

možno některým pacientům poskytnout. Situaci by pravděpodobně aspoň částečně řešilo individuální pojištění, k tomu ale evidentně není politická vůle.

Co se týče financování medicíny, je to pro mne trochu černá díra. Je známo, že do zdravotnictví přiteče každoročně 250–300 miliard korun, a taky víme, kolik lidí mimo zdravotnictví si na ně brousí zuby. Velmi by mne zajímalo, zda někdo ví, kolik procent z peněz určených na zdravotní péči skutečně skončí racionálně ve zdravotnictví a neutopí se v různých neprůhledných výběrových řízeních, outsourcingu, neracionálním rozmístování přístrojů a vůbec lékařské techniky...

Toužebně očekávám dobu, kdy se objeví odvážný politik a řekne národu, že v absolutních hodnotách dáváme na zdravotnictví asi 50–60% toho, co dává sousední Rakousko, a že tedy nemůžeme mít stejně kvalitní péči, přinejmenším ne dlouhodobou. Že řešením je buď komerční připojištění, nebo zřetelné zvýšení spoluúčasti pacienta. Obávám se ale, že takový politik se nenajde, to by musel mít nevyléčitelnou nemoc s krátkou životní prognózou.

Rozhodně bych velmi oceňoval korektní a racionální rozbor situace v našem zdravotnictví a od investigativních novinářů bych mnohem více očekával, že půjdou po krku všem předraženým výběrovým řízením, podivným stavbám betonové lobby a zejména nákupům předražených přístrojů.

Komerční zdůrazňování některých léků se táhne zdravotnictvím jako červená nit po mnoho let. Můžeme si vzpomenout třeba na řadu léků na snižování cholesterolu – prakticky vždy se opakovala skoro identická situace, byl objeven nový lék, dle expertízy mnohem kvalitnější, a starý lék byl prohlášen za prakticky neúčinný. Je celkem zajímavé, že nástup poslední závažné chřipky se téměř shodoval s blížící se expirací léku Tamiflu.

Prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.

byl v letech 2001-2009 byl přednostou nově vzniklého Ústavu imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN. Má atestace v oborech interní medicína, lékařská imunologie a endokrinologie.

Medicína je zcela jistě prestižní obor, ale je řadu let ponižována. Za minulého režimu platilo, cituji: „Řidič autobusu je mnohem důležitější než lékař, protože má na starost nejméně dvacet životů a musí se rozhodovat sám, nemůže se jít poradit jako jaký doktor.“ To se snažím převést na lehčí notu, ale co je mnohem závažnější, že na výběru povolání závisí nejen prestiž, ale také sociální postavení lékařů, které ve společnosti klesá. A tak se chytrý, nadaný a pracovitý mladý muž (či dívka) raději rozhodne pro obory, kde získá od začátku několikanásobně vyšší příjem než v medicíně.

Bohužel je to již vidět na studentech všeobecných ročníků, které také učím. Naopak studenti zubního lékařství, kteří mají zcela jinou existenční perspektivu, jsou čím dál schopnější.

Je pravdou, že čtyřicetiletý bankéř a lékař se nemohou sociálně rovnat. Ale je otázka, co nám budou do budoucna platné armády ekonomů a právníků, když zdraví a dokonalou zdravotní péči budeme potřebovat všichni...

Ve studii stoletých pacientů se ukázala zcela jasná korelace stavu imunitního systému k četnosti onemocnění. Každý zánět, který organismus prodělá, je následován reparační fází, která v závislosti na tíži a trvání (chronicitě) zánětu vede k větší či menší náhradě funkčních buněk za podpůrné – vazivové. Čím více přecházíme onemocnění, tím častěji dochází

k rozvoji chronicity zánětu a většímu reparačnímu poškození. Proto by rekonvalescence měla být striktně dodržována, a to především u mladých lidí.

MUDr. Lukáš Pollert

je anesteziolog. Pracoval na interně, poté na urgentním příjmu Ústřední vojenské nemocnice. V současné době působí ve Fakultní nemocnici v Motole na klinice anesteziologie a resuscitace. Velmi známá je jeho sportovní kariéra vodního slalomáře, v níž největšího úspěchu dosáhl vítězstvím na Olympijských hrách v Barceloně 1992.

To zásadní, co se změnilo, hlavně během posledních let, je fakt, že strašně narostla administrativa jak pro doktory, tak pro střední zdravotní personál. Dopadá to tak, že zdravotní sestra prostě přestává mít čas na pacienta. Nemá čas si s ním promluvit. A přitom hlavně sestra je člověk, který by měl být s pacientem nejvíc, nejvíc mu naslouchat, být s ním po celý jeho den v nemocnici. Dnes je realita taková, že sestry sedí na sesterně, podepisují, razítkují, nalepují štítky – a popisují stav pacienta jen tak obecně, aby se vešel do předepsaných kolonek.

Když dnes půjdete do nemocnice na nějakou operaci, musíte podepsat velkou spoustu papírů, takzvaných informovaných souhlasů. A je docela možné, že ani sami doktoři nevědí do detailu, co je tam napsáno, protože by pomalu nic jiného nemohli dělat. Pacient dostane do ruky pět hustě popsaných stránek a vstanou mu hrůzou vlasy na hlavě, protože se dočte všechny možné eventuality, že může umřít, že mohou nastat takové a takové komplikace atd. To je všechno pravda. Ale je to stejné, jako kdybyste při každém nástupu do letadla podepisoval prohlášení, že berete na vědomí, že možná spadnete s letadlem do moře a utopíte se nebo uhoříte. To se jistě může stát. Vy si koupíte letenku, a tím dáváte všanc svůj život. O tom se nijak nedumá. Ale v nemocnici je to jinak. Tam máte další papír, na kterém příkladně dáváte souhlas s operací. To přece dá rozum, že s ní souhlasíte, když jste na ni přišel, že. A další papír, kde udělujete souhlas k tomu, koho informovat o vašem stavu. A to všechno je produkce právníků, kteří chtějí ukonejšit alibismus nemocnic, aby se nemohlo stát, že pak pacient podá žalobu, že sice, pravda, přišel do nemocnice, ale nevěděl, že bude hospitalizován, operován atd. To je Kocourkov. V Anglii to mají jednodušší. Přijdete do nemocnice a podepíšete jedině: že se s plným vědomím přicházíte léčit, ať se děje, co se děje. Přece jsem se tak rozhodl, jdu se léčit a tečka. Je to moje rozhodnutí a moje riziko.