

Bez empatie nelze ve zdravotnictví obstát

13.10.2023 - Helena Mráčková | Krajská nemocnice T. Bati

První vlašťovkou v rámci rozhovorů, chystaných pro knihu ke stému výročí nemocnice, je rozhovor s bývalým primářem traumatologie a nynějším členem představenstva KNTB MUDr. Marcellem Guřanem, Ph.D. Nabízíme ho k přečtení již nyní.

Člen představenstva KNTB pro léčebnou a ošetrovatelskou péči, MUDr. Marcel Guřan, Ph.D., přišel do zlínské nemocnice, tehdy ještě OÚNZ Gottwaldov, v roce 1986, kdy se přizemnil do tohoto kraje. Pochází z Ostravy, lékařskou fakultu absolvoval v Brně v letech 1979-1985, po škole nastoupil na chirurgické oddělení v Ostravě-Fifejdách, po roční základní vojenské službě v Praze přešel do Gottwaldova. Zde začínal na chirurgicko-traumatologickém oddělení a když vzniklo samostatné traumatologické oddělení, působil nejprve jedenáct let jako zástupce primáře a dalších jedenáct let (od roku 2006 do roku 2017) oddělení vedl jako primář. Od roku 2018 do roku 2021 pak jako sekundární lékař. Z vlastní iniciativy se zasloužil o vybudování traumatologického centra, které funguje od roku 2016.

Pane primáři, dnes vykonáváte funkci člena představenstva pro léčebnou a ošetrovatelskou péči, tedy pro oblast, která je pro činnost nemocnice nejpodstatnější. Jak se tato péče ve zlínské nemocnici proměnila od doby, kdy jste sem nastoupil?

Největší proměna spočívá v medicínském pokroku, především v diagnostických možnostech i v materiálním vybavení. Za posledních 35 let nastal v tomto směru obrovský posun. Máme k dispozici nové přístroje, rutinně se provádí CT, magnetická rezonance, celá široká škála laboratorních vyšetření, nové operační a léčebné postupy a podobně. Nyní například zavádíme přístroj k robotické operaci *da Vinci*, což je mini invazivní chirurgická metoda, která lékařům umožňuje bezpečně odoperovat nádor prostaty, a další využití má jak v chirurgii, tak i v gynekologii. Něco takového bylo před 40 i 30 lety nemyslitelné. Možnosti jsou opravdu neuvěřitelné. Ale také mám radost, že vedle technických vymožeností se v nemocniční péči uplatňují i služby zohledňující duchovní potřeby pacienta. Poskytujeme například kaplanskou službu, rozvíjí se paliativní péče. To vše vnímám jako velký přínos.

Lze zmíněný technický pokrok dokumentovat na příkladu traumatologického centra, které jste ve zlínské nemocnici vybudoval?

V traumatologii šel vývoj raketově dopředu. Ještě pamatuji 70. léta minulého století, kdy obvyklou metodou při zlomeninách „krčku“ kosti stehenní byla extenze neboli ona závaží, kdy zlomená končetina visela na lanku, a další metodou byla hlavně sádrová fixace. Babičky a dědečkové se zlomenými krčky leželi na závažích a tři čtvrtiny z nich zemřelo buď na močové infekce, sepse z proleženin nebo na zápaly plic. Tehdy, když se řeklo, že si někdo zlomil krček, se už chystal pohřeb. Dnes je poměr opačný: tři čtvrtiny pacientů přežijí, protože se odoperují, jsou znovu mobilní, mohou rehabilitovat, cvičit. Traumacentrum jsem chtěl proto, aby pacienti s těžkými úrazy, jaké způsobily autonehody, kriminální činy, pracovní úrazy a podobně, nemuseli být převáženi do center v Brně, Olomouci nebo v Ostravě. Časová ztráta během transportu do těchto míst měla často fatální následky. Proto jsem o toto pracoviště tolik usiloval. Připravil jsem si argumentaci. Začal jsem na výboru odborné společnosti, jíž jsem byl členem, poté jsem záměr odprezentoval zdravotnímu výboru Parlamentu České republiky, nato následovala jednání s náměstkou ministra a samotným ministrem zdravotnictví – samozřejmě s vědomím lidí v ředitelství KNTB a ve vedení kraje, od nichž jsem měl

plnou podporu. Bylo s tím spojeno hodně ježdění do Prahy a zařizování, ale nakonec se to v r. 2016 podařilo a mám z toho radost. Jsem spokojen s tím, jak traumacentrum funguje. Máme kolem 200 těžce poraněných pacientů ročně, úmrtnost okolo deseti procent, což je velice slušné statistické číslo srovnatelné s ostatními 11 traumacentry v republice.

Do jaké míry jsou metody medicínské péče ve Zlíně srovnatelné s jinými nemocnicemi v České republice a v zahraničí? Držíme krok s progresivními trendy, nebo v čem naopak zaostáváme?

Držíme trendy v odborné medicínské péči. Máme osm vysoce specializovaných center, která jsou na úrovni fakultních nemocnic, na rozdíl od nich však nemáme plnou šíři všech odborností. Jsme srovnatelní s jinými krajskými nemocnicemi, jako jsou České Budějovice, Liberec, Pardubice či Jihlava. Ve většině oborů jsme na republikové úrovni medicínské péče. Na základě osobních zkušeností a díky účasti na evropských kongresech i stážích v Německu či v Polsku mohu za svůj obor – traumatologii – tvrdit, že ji děláme na evropské úrovni.

Co je vlastně ono vysoce specializované centrum, kterých má Baťovka osm?

Je to určitá organizační struktura v rámci nemocnice, na níž se podílí celá nemocnice. Například traumatologické centrum je úzce propojeno s dalšími odděleními. O těžký úraz se musí kromě traumatologů postarat také specialisté z ARO, intenzivisté, chirurgové, neurochirurgové, urologové, ale často i další obory podle typu zranění, jako například oční, ORL a jiné. Jako diagnostický komplement spolupracuje RTG, CT, magnet, laboratoře. Jde tedy o kooperaci celého špitálu. Dále je podmínkou, že tento systém musí fungovat 24 hodin denně, 365 dnů v roce. Z tohoto důvodu máme v době pohotovostních služeb, tedy od 15:30 do 7:00 ve všední dny a 24 hodin o víkendech a svátcích v nemocnici 44!! specialistů lékařů. Je to nesmírně organizačně a finančně náročné.

Mají lékaři z okresních nemocnic zájem se do těchto specializovaných center dostat a získat zde zkušenosti?

Uvítali bychom to a vždy jsem měl představu, že pohyb mezi okresními nemocemi a krajskou by byl přínosem, aby se zájemci mohli etablovat v našich centrech. Momentálně se to děje spíše výjimečně, protože všechny nemocnice mají málo lékařů a drží si je. Bohužel nikdo nepodporuje tuto přirozenou fluktuaci, kdy by talentovaní jedinci měli jít na vyšší pracoviště. Nepovažuji v dnešní době za šťastné, když absolvent medicíny nastoupí do nemocnice, kde zůstane 40 let až do důchodu. Měl by poznat i jiná pracoviště. V cizině je to obvyklejší, je ale fakt, že k tomu mají jiné podmínky.

Co považujete za nejsilnější stránky KNTB?

Určitě to jsou obory, které máme na úrovni fakultních nemocnic. Jsou to jednak naše již zmíněná vysoce specializovaná centra, zaměřující se konkrétně na léčbu dětského diabetu, pacienty s iktem, kardiovaskulární péči, onkologickou a onkogynekologickou péči, perinatologii, traumatologii a léčbu roztroušené sklerózy. Máme ale i další špičková pracoviště: neurochirurgii, stomatochirurgii, internu, ortopedii, neurologii, oční a další, na která můžeme být hrdi. A také si myslím, že naše nemocnice je přátelská k pacientům a vládne v ní docela rodinná atmosféra, pokud si ji mnohdy zbytečně navzájem nekazíme sami.

V čem naopak vidíte slabiny Baťovky?

Nejslabší stránkou jsou prostorové kapacity. Od vzniku akciové společnosti v roce 2006 se tady toho moc nepostavilo, což vnímám jako velký handicap. Proto veškeré úsilí posledních dvou let směřujeme k tomu, abychom tento deficit dohnali.

Jak jste v těchto souvislostech vnímal snahy o výstavbu nové nemocnice v Malenovicích výrazné v letech 2017-2020?

Pro mě to byla utopie. Jezdím do zahraničí a nikde jsem neviděl stavět nové nemocnice, čímž samozřejmě nechci říci, že by se občas někde nějaká nepostavila. Když jsem stážoval v Německu – v Düsseldorfu, Mnichově, Berlíně, Lipsku, přijel jsem do špitálu a všude stály stavební jeřáby. Ptal jsem se, jestli ještě opravují budovy po náletech, ale bylo mi řečeno: Nestavíme na zelené louce, protože jednak je to velice drahé, pak je zde hledisko ekologie, a tak renovujeme a stavíme ve stávajících areálech nemocnic. Na zelené louce staví ve Skandinávii, protože jsou ekonomicky silní a nemají problém s dostatkem volných stavebních ploch. Zkrátka trendem je renovovat stávající objekty a respektovat ekologii, kdy jakákoliv extenzivní výstavba v extravilanu je již v civilizované a přelidněné západní Evropě na ústupu. Co se týče Malenovic, měl jsem problém s dvěma informacemi: Za prvé, že se postaví nová nejmodernější krajská nemocnice evropské úrovně za 8 miliard korun!! A vedle toho, že se v Brně Bohunicích bude stavět nový gynekologicko-porodnický pavilon za 3,5 miliard korun. Samotné toto srovnání – na jedné straně krajská nemocnice o 1000 lůžkách a 30 primariátech za 8 miliard, na druhé straně pouhé jedno oddělení v Brně Bohunicích za 3,5 miliardy – to mi nějak nešlo dohromady.

Dnes je na stole plán modernizace stávajícího areálu KNTB. Tento projekt se Vám tedy líbí?

Ano, protože naplňuje nejmodernější medicínské trendy, kdy se i stavebně odděluje urgentní medicína od elektivní, to znamená, že se separují medicínské obory, které musí vyřešit problém urgentně, akutně, během několika minut či hodin, mám na mysli infarkty srdce, cévní mozkové příhody, těžké komplikované úrazy, od plánovaných výkonů.

Dokážete si představit provoz nemocnice při výstavbě nového objektu? Bude to snesitelné pro personál i pacienty?

Pro mě to je představitelné. Nejsme ani první, ani poslední nemocnice, kde se buduje za chodu. Byli jsme se podívat v Liberci, kde probíhá analogický proces a také budou stavět blok urgentní medicíny ve stávajícím areálu. Tam je navíc taková perlička, že potřebují položit základy na žulový podklad, který bude nutné odstřelit dynamitem. Nikomu to nevádí a jsou s tím smířeni, protože takto se to dnes dělá. Momentálně se staví obrovský barák na rohu Václavského náměstí a Vodičkovy ulice, za plného pohybu lidí. Současné stavební technologie, materiály i postupy to umožňují. Předpokládám, že ani výkonnost nemocnice ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám nebude snížena.

Zažil jste ve zlínské nemocnici nějaké období, které považujete za vyložené šťastné, a pokud ano, čím to bylo dáno?

Tak, jak nevzpomínám rád na éru socialismu, spíše naopak, přesto vnímám toto období jako velice přátelské k pacientům, pokud šlo o personál i celkový provoz nemocnice. Tehdy nám stačil psací stroj, každý pacient měl jednu A4, napsal se záznam propiskou s předpisem léků a stačilo to. Zdravotníci se mohli mnohem víc věnovat pacientům. Dnes mě velmi znepokojuje nárůst administrativy, kdy lékaři téměř polovinu pracovní doby stráví u počítače, což je děsivé. Totéž se týká zdravotních sester. Zatím to vidím tak, že kvůli digitalizaci administrativní zátěž neklesá, ale spíše stoupá, na úkor času stráveného s pacientem. Ale to je ten „pokrok“, kterému přestávám rozumět.

Které období naopak považujete za nejnáročnější a proč?

Celý vývoj po roce 1989 začal klást vysoké nároky na lékaře a zdravotníky, kteří se museli rychle adaptovat na nové medicínské poznatky i nové přístrojové vybavení. Hodnotím to ale jako věc

pozitivní, protože to bylo ku prospěchu rozvoje medicínských oborů a péče o pacienta.

Do jaké míry vás ovlivnily systémové změny, když se nemocnice v r. 2003 převedla ze státu pod kraj a v r. 2006 se pak stala akciovou společností?

Myslím, že změny související s novými právními formami nemocnice se týkaly hlavně lidí ve vedení a na samotné lékaře a personál neměly zásadní dopad.

Jak se zpětně díváte na COVID 19, který zasáhl celý svět i naši zemi a náš kraj v letech 2020-2021? Byl to předěl v historii nemocniční péče?

Zcela určitě. Kovid měl několik negativních aspektů: Nastala epidemie, s níž jsme se dosud nikdy nesetkali. Bylo to pro nás naprosté novum, nesmírně náročné po organizační stránce. Zároveň se prokázalo, že zdravotnický systém je schopný situaci zvládnout. Ovšem dopad na celou společnost vidím v tom, že se změnil styl práce i života: při lockdownu se většinou pracovalo méně, a přitom lidé dostávali podpory od státu. To je něco, co nastalo poprvé v historii lidstva. Dříve, když přišla nějaká morová rána, válka a podobně, byl to očištný proces pro společnost. Jistě, tyto epidemie měly tragické následky, ale současně se lidé jaksi zatli a začali pracovat s o to větším úsilím, aby se život vrátil na původní úroveň. Kovid je v mých očích něco podobného, ale bezprecedentní systém kovidových podpor, kompenzací, finančních odměn atd. celý systém pokrývil a připadá mi, že celá společnost není jaksi schopna restartu na před kovidovou úroveň. Nepovažuji to za šťastné.

Co to udělalo s personálem v nemocnici?

Ti zaměstnanci, kteří byli bezprostředně spjatí se zvládáním kovidové situace, prokázali obrovské nasazení a doslova se obětovali. Patří jim obrovský dík a obdiv.

Jak vzpomínáte na etapy jednotlivých ředitelů?

Je rozdíl vést příspěvkovou organizaci a akciovou společnost, což se v systému práce jednotlivých ředitelů odráželo. Myslím, že před vznikem akciovky to měli ředitelé snazší. Byli řízeni přímo z ministerstva, takže všechno – včetně ekonomické stránky – bylo jednodušší. Jakmile jsme se stali akciovou společností, vyvstalo mnoho problémů – a v KNTB Zlín zvlášť. Nevím, jestli si toho všímáte, ale tady nebylo jiné předvolební téma než krajská nemocnice. A tím byla Baťovka velmi bita a nesmírně tím trpěla, co se týče kontinuity vývoje i stabilizace personálu. To, že není ideální dopravní obslužnost krajského města nebo situace ve školství, ale i jiné důležité věci se z předvolebního boje jaksi vytratily.

Proč to tak je?

Každého zajímá zdraví a kde bude léčen v případě nemoci, tudíž to je vděčný předvolební evergreen. Jenže je to poněkud masochistický přístup, který naši nemocnici těžce poškozuje. Něco vám řeknu: když hlasovalo zastupitelstvo Libereckého kraje o výstavbě akutního bloku v rámci stávajícího areálu, všichni byli pro, jen jeden člen se zdržel hlasování. Logicky to všichni chápou jako společenský zájem a chtějí mít v Liberci krásnou renovovanou nemocnici. Ovšem to, co si tady musela Baťovka zažít, je strašné. Jsem bezpartijní člověk, nikdy jsem nebyl v žádné straně, ale jako lékař nemohu pochopit, proč politici, kteří by měli mít na zřeteli blaho svých občanů, se takto chovali.

Jakou jste měl s politiky zkušenost, když jste budoval traumacentrum?

Mezi lety 2010 až 2016, kdy jsem běhal kolem jeho vytvoření, jsem jednal s mnoha poslanci za Zlínský kraj a mohl bych vyprávět, jaký byl zájem některých o pozvednutí tohoto pracoviště. Nechám

si to pro sebe, protože to není publikovatelné. Mnohdy jsem se dočkal větší pomoci u poslanců mimokrajských.

Takže byste potřebovali, aby vás politici nechali v klidu řídit nemocnici?

Ano, měli by se naprosto odríznout a nechat nás – lékaře a sestry – pracovat. Nemocnice je medicínské zařízení, do kterého politika nepatří. Samozřejmě, pokud je jako akciová společnost zřizována krajem, je na vedení kraje citlivě do chodu zasahovat a chod organizace dozorovat. Nynější vedení kraje má na zřeteli zdárný vývoj nemocnice, a to je myslím dobrá zpráva pro všechny občany tohoto kraje.

Ted' trochu přehodím list: Dokážete si představit, že během nějaké doby nahradí práci lékařů a sester roboti? Do jaké míry to je reálné?

Roboti můžou významně pomoci, ale nedokážu si představit, že v našem oboru nahradí práci lidí. Dnes už se například zkouší, zda a jak jsou roboti spolehliví při vyhodnocování rentgenových snímků. Bezesporu existují dílčí činnosti, kde je již nyní lze využít. Nicméně lidský faktor je v kontaktu s pacientem nezastupitelný.

Přesto ale vzhledem k objektivní personální krizi a demografickému vývoji, respektive stárnutí obyvatelstva, bude asi vývoj nemyslitelný bez zavádění asistivních technologií...

V ošetrovatelských oborech, kde mohou pomoci, budou zcela jistě vítány. Už teď vidíme ve světě, v bohaté civilizované západní Evropě, že čím je vyspělejší společnost, tím větší problém vyvstává se zaměstnanci schopnými pracovat v ošetrovatelských pozicích. Nižší zdravotnický personál se musí dovážet z Filipín, Malajsie a dalších zemí.

Což tak řešit současný celostátní problém nedostatku zdravotnického personálu navýšením kapacit zdravotnických škol třeba na úkor gymnázií?

Jsem přesvědčen, že nejlepší střední zdravotnický personál se erudoval na čtyřletých středních zdravotnických školách s maturitou. Jednak to dříve byly prestižní školy, kam se nedostal každý. Studentky či studenti byli formováni praxí v nemocnicích. Po maturitě si sestra mohla udělat nástavbové studium, například se vyškolit na instrumentárku nebo na porodní asistentku či jiné odbornosti. Tak se rekrutovaly nejlepší kádry pro zdravotnictví. Gymnazisté většinou vnímají zdravotnické obory jen jako náhradní volbu, když se nedostanou tam, kam chtěli. Mám za to, že sestry se čtyřletou zdravotní školou motivované primárně snahou pracovat v tomto oboru jsou pro nemocnice největším přínosem. Zavedení současného systému vzdělávání je sice výhodné pro vysoké školy, ale z mého praktického hlediska lékaře s čtyřicetiletou praxí bych preferoval původní osvědčený model vzdělávání. Ale „pokrok“ nelze zastavit.

Jaké předpoklady musí mít lidé proto, aby ve zdravotnictví obstáli a vydrželi?

Základem vždy byla a je empatie vůči člověku – pacientu. To je ten nejvzácnější dar, který pracovník ve zdravotnictví musí mít, je to podmínka, bez níž nelze toto povolání vykonávat.

Které osobnosti z řad lékařů či sester, případně dalších zaměstnanců byste připomenul, kdybyste měl jmenovat ty nejdůležitější persony, které nemocnici nejvíc ovlivnily?

Všichni, kdo budovali jednotlivé primariáty, odvedli znamenitou práci. Zvláštní pozornost si zaslouhují primáři, kteří do Zlína přišli odjinud, uplatnili své zkušenosti a zavedli u nás nové postupy. Konkrétních lidí, které bych mohl jmenovat, je velmi dlouhá řada, ale nerad bych někoho opomenul.

Děkuji Vám za rozhovor.

Helena Mráčková

<https://www.kntb.cz/bez-empatie-nelze-ve-zdravotnictvi-obstat>