

Rozhovor s ředitelem prim. MUDr. Alešem Chrdlem

My zdravotníci se budeme muset lépe naučit sdělovat srozumitelně a citlivě to, co pacient potřebuje ke svému rozhodování. Pacienti se budou muset naučit, že jejich nemoc je jejich starost, nikoli naše.

Další významnou změnou ve vedení nemocnice je ustanovení primáře Infekčního oddělení MUDr. Aleše Chrdleho ředitelem úseku interních oborů.

MUDr. Aleš Chrdle stojí za úspěšnou transformací lůžkové péče v naší nemocnici, díky níž se nemocnice dokázala v době pandemie postarat o všechny pacienty s covid-19.

V rámci svého oddělení se podílí na řadě výzkumů, je místopředsdou Společnosti infekčního lékařství.



prim. MUDr. Aleš Chrdle / Foto: Jan Luxík

■ **Pane řediteli, od letošního roku je ve vaší gesci řízení interních oborů. Můžete nám přiblížit, jaká jsou specifika interních oborů?**

Začnu ze široka. Při otevření Císařsko-královské jubilejní nemocnice, dnešní budovy A, v roce 1913 byla celá nemocnice jedno oddělení vedené primářem interny, takže se na interně i rodilo a operovalo. Teprve po pár letech se oddělil chirurgicko-gynekologický primariát. Před sto lety totiž jeden člověk ještě dokázal obsáhnout dostupné medicínské poznání a dovednosti. Od té doby ale došlo k takovému rozvoji medicíny,

že máme nejen desítky oborů, ale v každém oboru ještě různé specializace a podobory. To nikdo nedokáže obsáhnout, natož kvalitně provádět. Díky dělení oborů a specializací jsme schopni v každém dalším desetiletí léčit to, co bylo předtím považováno za neléčitelné. Je to docela jízda a jsem rád, že jsme její součástí. Na druhé straně ale atomizací medicíny ztrácíme celkový pohled na člověka. Medicína

se roztříštila a někdy léčíme nemoc, aniž bychom dobře viděli nemocného.

To samé se stalo i s interními obory. V jejich rámci máme vysoce technická intervenční pracoviště, jako jsou například hemodialýza, endoskopie na gastroenterologii či bronchoskopie a funkční vyšetření na plicním. Obory s velkým technickým a laboratorním zázemím jsou pak transfúzní oddělení,

hematologie, klinická imunologie a zčásti i klinická farmakologie. Urgentní příjem a iktové centrum si v mnohém nezačínají s akčními filmy z medicínského prostředí, kdy jde o vteřiny či minuty. Intenzivní péči poskytujeme na třech JIP – gastro, interna a infekce – a k tomu dlouhodobou intenzivní péči na apalické jednotce (stanice určená pro péči o pacienty v dlouhodobém bezvědomí). V tomto úseku máme také řadu center vysoce specializované péče krajského a nadregionálního charakteru, například centrum pro léčbu HIV a centrum pro léčbu virových hepatitid na mém domovském Infekčním oddělení. Ostatní neuvedu z obavy, že bych na někoho zapomněl. Každý z nás prošel Oddělením pracovního lékařství minimálně při nástupu do nemocnice při posouzení schopnosti pracovat v nemocnici. Tedy i zde vidíme velmi široké spektrum dovedností, znalostí a možností.

Interní obory si však alespoň částečně ponechaly onu šíři a propojovací schopnost a v tom vidím jednu z jejich silných stránek. Ne nadarmo jsou součástí interního úseku i dvě oddělení následné péče, rehabilitační oddělení a plicní léčebna, kde dochází po různých akutních intervencích a zákrocích k pospojování všech nitek a doladění toho, co lze danému člověku poskytnout, aby se mohl vrátit zpět do života mimo nemocnici.

Specifickou vlastností interních oborů je tedy podle mne prostor na propojení různých informací a možnost vidět celého člověka. Můžeme tomu říkat „deatomizace“ nebo návrat k medicíně. Týká se to všech oborů bez rozdílu, nicméně v interních oborech k tomu máme z povahy nemocí, se kterými se zde setkáváme, větší možnosti. Někdy jsme k tomu přímo nuceni, jelikož to jinak ani nejde.

■ Co považujete za zásadní hybatele změn v interních oborech?

Podobně jako v ostatních oborech, výzkum a vývoj přináší velice rychle

nové možnosti. I naše nemocnice se na tom podílí a jsme v českém kontextu na špici toho, co moderní medicína dokáže lidem poskytnout. Vždy ale budeme narážet na hranice lidských možností – tím myslím hranice ze strany pacientů. V zahraničí se tomu říká realistická medicína. Skoro u každého

vysoký krevní tlak, je po cévní mozkové příhodě, má nyní středně těžkou poruchu funkce ledvin, lehkou kognitivní poruchu typu demence, která se při opakujících infekcích močových cest projevuje zmateností, a doma se o sebe nedokáže postarat kvůli celkové slabosti a ztuhlosti.

"Nyní je tedy hlavním hybatelem v interních oborech nesoulad mezi tím, co je teoreticky možné, a co je prakticky u daného pacienta proveditelné a přínosné."

pacienta umíme technicky provést nějaký výkon nebo podat určitý lék, ale bude mít daný pacient z poskytnuté péče prospěch? A co vlastně chce? Jaká má očekávání od nás a obecně od života? Tady je velký prostor pro interní způsob myšlení. Co reálně z celé palety možností bude pro pacienta přínosné, přijatelné a snesitelné? Co mu vylepší život? (Záměrně nepoužívám slovo prodlouží – protože o pouhé prodloužování života za každou cenu většina lidí nestojí.)

Dost často se s tím setkáváme u pacientů takzvaně polymorbidních. To je slovo, které se snažíme pro svou obsahovou prázdnotu na Infekčním oddělení nepoužívat. To samé navrhnou i ostatním primářům. Znamená to, že pacient má několik závažných nemocí. Jinými slovy, pacient je hodně nemocný, ale žádná další informace z toho neplyne. Interní obory mají tu výsadu, že umí pojmenovat, jaký problém daný pacient má – například

S tímhle se už dá pracovat a lze připravit plán, jak dál diagnostikovat a léčit daného pacienta, aby mu naše péče přinášela více, než brala. Součástí toho plánu je, kromě zapojení pacienta, také zapojení rodiny, jak jen to jde, a sociálních služeb, ideálně ambulantních.

Ze stejného soudku pochází ještě jedno nicneříkající slovo, kterému se také vyhýbáme – neperspektivní. Většinou se tím myslí, že pacient má před sebou nepříliš dlouhý a nepříliš kvalitní život. Žádnou další informaci z tohoto označení nezískáme. Kromě toho je tam negativní konotace, že pro pacienta už moc udělat nemůžeme (a nevysloveno může být, proč bychom se tedy snažili). I pacient na úplném konci života má nějakou perspektivu, minimálně perspektivu důstojného odchodu. Interní obory mají být v tomto ohledu hybatelem toho, jak daný stav popsat, zhodnotit a navrhnout postup další péče. Prostě používat medicínu

realisticky, v možnostech, které máme, aby z toho měl pacient co největší prospěch. A to často znamená ptát se pacientů a jejich rodin, jaká mají očekávání, říkat nepříjemné věci, mluvit o nevléčitelnosti, o konci života, o možnostech, jak prožít, pokud možno co nejpříjemněji, zbývající roky, měsíce či jenom dny.

Nyní je tedy hlavním hybatelem v interních oborech nesoulad mezi tím, co je teoreticky možné, a co je prakticky u daného pacienta proveditelné a přínosné. Výsledkem je nalezení cesty, po které můžeme s pacienty a jejich rodinami jít.

■ **Stěžejním tématem chirurgických oborů je nyní výstavba centrálních operačních sálů a centrální sterilizace. Čeká i interní obory nějaká výzva či zásadní změna, kterou je budete muset provést?**

Nyní již vrcholí přípravy na otevření přístavby pavilonu C, kde bude nová dialýza a endoskopické centrum – opět se posuneme v další oblasti na špici ve středoevropském kontextu. V dalších letech se připravuje přestavba Infekčního oddělení a stěhování všech oddělení z dolního areálu. To jsou stavební a technické změny, které se týkají celé nemocnice a dotýkají se nás všech. Mezitím se také budou jednotlivé obory rozvíjet a rozšiřovat spektrum svých dovedností a možností. Zde nechci být konkrétní, avšak doslova pár hodin po oznámení mé nové pozice za mnou přišli někteří primáři se svou představou dalšího rozvoje jejich oddělení a oborů – dělá mi radost, že nastupuji do jedoucího vlaku, a těším se, jak se zapojím.

Jednou z výzev, které máme před sebou, je otázka kapacitní. Čím více umíme, tím více pacientů budeme mít. Není reálné mít pro všechny lůžkovou kapacitu na neomezeně dlouhou dobu. Řešení vidím v přesunu další části zdravotní péče do ambulantní sféry. Pokud by to však šlo snadno,

tak by se to už stalo. Zde tedy budeme muset promyslet, v jakém rozsahu a s jakou pomocí ze strany sociálních a pečovatelských služeb a agentur na jedné straně, pacientů a jejich rodin na druhé straně a nás zdravotníků na třetí straně tento trojúhelník vyvážit, aby to šlo lépe. V individuálních případech se nám to už daří, ale rád bych zavedl ještě lepší systém. No, a při tom všem se ještě nějakou dobu budeme potýkat a učit žít s covidem a se vším, co je s touto situací spojeno.

■ **Máte bohaté profesní zkušenosti ze zahraničí. Můžete tedy porovnat jak náš zdravotnický systém, tak konkrétně i naši nemocnici? Jaké jsou výhody, a naopak slabiny českého zdravotnictví? Co vám bylo v zahraničí inspirací, kterou byste rád přenesl i napříč obory v naší nemocnici?**

Celkově vzato, v naší nemocnici děláme medicínu na slušné evropské úrovni. Pokud srovnám britské a trochu i rakouské nemocnice, kde jsem mohl v posledních letech pracovat a stážovat, tak hlavní rozdíl ze strany pacientů je dostupnost odborné péče u nás. Nikdo v Rakousku, a už vůbec ne v Británii, by nevyrazil na odborné pracoviště bez doporučení od svého praktického lékaře. Dále je v těchto zemích čekání několik hodin na akutní ošetření běžné a pacientům během čekání s úsměvem podají džus, sušenky nebo kávu, jenže čekat se zkrátka musí. Zatímco v Rakousku mne překvapila přímocí lékařů a jednoznačnost jejich doporučení pacientům bez větších diskuzí, v Británii jsem spíše viděl více diskuzí o postupu diagnostiky a léčby, nicméně také mnohem větší respekt pacientů a jejich rodin vůči zdravotníkům než u nás (až na výjimky). Britský důraz na medicínu založenou na důkazech mi stále imponuje.

Pokud se podívám do zákulisí, tak jednoznačně pokulháváme v přehledném a srozumitelném systému vzdělávání mladých lékařů. Měl jsem možnost přes dva roky

pracovat ve dvou britských fakultních nemocnicích a krátce poté i v jedné okresní nemocnici. Britský systém specializačního vzdělávání je mnohem náročnější, ale lékaři se učí (jsou systémem nuceni) mnohem víc portfoliovým a projektovým způsobem, nikoli na jednu ústní zkoušku, ale svým školitelům musí průběžně prokazovat svoje schopnosti a dovednosti.

Jednou z hlavních odlišností je také výchova k autonomii a odpovědnosti. Jakmile britský lékař atestuje, stává se samostatně pracujícím lékařem se vší odpovědností za své výsledky. Vedoucí oddělení – v našem pojetí primář – má spíše administrativní funkci, tj. rozvoj oddělení, přijímání nových lékařů, rozpisy služeb a dovolených nebo komunikaci s vedením nemocnice, avšak do péče o pacienty dalším atestovaným lékařům zasahuje pouze na vyžádání – což mimo indikační semináře, kde se probírají komplikované případy, nastává velmi vzácně.

I na organizační úrovni jsou lékaři od samého začátku učeni dialogu a iniciativě – návrhy, jak zlepšit fungování oddělení, se očekávají již od absolventů a od zkušenějších lékařů jsou prakticky povinné. K tomu se však váže odpovědnost za společné výsledky a loajalita vůči zaměstnavateli. Nespokojenost s prací, oddělením nebo šéfem řeší tým, že odejdou jinam. Je to mnohem lepší, než otrávená atmosféra na některých českých pracovištích. A pokud problém není tak velký, aktivně přijdou s řešením a aktivně se na něm podílejí.

■ **Častou výtkou, kterou slýcháváme nejen od pacientů, nýbrž i samotných lékařů, je, že nemají dostatek času na pacienta... Jak je ve vašem vnímání čas na pacienta a komunikaci lékaře s ním důležitý? A vidíte možná řešení?**

Když už mluvíme o čase na přímý kontakt s pacientem, s trochou obav a s velkou nadějí očekávám další vývoj výpočetní techniky a informačních systémů v nemocnici. S přechodem



prim. MUDr. Aleš Chrdle při péči o pacienta na jednotce intenzivní péče pro pacienty s onemocněním covid-19 / Foto: redakce

na plně digitální zdravotní dokumentaci očekávám větší přehlednost a doufám v menší pracnost vedení dokumentace. Digitalizace musí práci usnadnit, nikoli ji přidat.

Když ale lidé mluví o dostatku času na pacienta, většinou tím myslí srozumitelnou komunikaci. Pacienti nepotřebují, abych si sedl vedle jejich lůžka a povídal si s nimi o fotbale. Potřebují se dozvědět, co mohou očekávat od své nemoci, od sebe i od nás. My zdravotníci se budeme muset lépe naučit sdělovat srozumitelně a citlivě to, co pacient potřebuje ke svému rozhodování. Pacienti se budou muset naučit, že jejich nemoc je jejich starost, nikoli naše. My jim rádi pomůžeme, poskytneme jim tu nejlepší zdravotní péči, ale tu hlavní odpovědnost

nesou oni. Zdravotníci se musí naučit poznat, jakým způsobem daného pacienta informovat. Pacienti se budou muset naučit, jak se ptát, vyslovit i ty dotazy, které jsou nepříjemné. Zdravotníci se budou muset naučit dát pacientům a jejich blízkým prostor na promyšlení a rozhodování. Pacienti a jejich rodiny by se měli naučit základní věci ze zdravotvědy, a především informace o své nemoci. Zdravotníci se musí naučit, jak zůstat vlídný za všech okolností. A ještě mnohé další na obou stranách.

Kdo může za to, když se dva nedomluví? Většinou oba, možná různou měrou, ale vždy je vina na obou stranách. Zatímco pacienti mohou umět komunikovat, zdravotníci musí – aspoň se to učit. I komunikace je dovednost, která se dá vypěstovat – některé techniky účinné

komunikace jsou vyloženě otázkou nácviku. Vzpomínám si na různé komunikační situace, které jsem zažil během své kariéry, a mohu říci, že jsme se v nemocnici jako celek (bohužel ne vždy jako jednotlivci) posunuli už hodně dopředu a jsem přesvědčen, že se naše komunikační dovednosti budou i nadále vyvíjet k lepšímu.

■ Covid vás postavil před obrovské změny a problémy, kterým jste musel čelit. Problémy, které nikdo nepředpokládal, na které nebyl čas ani možnost se připravit. Všichni, kdo s vámi pracovali zejména ve vypjaté covidové době, si vás cenili za vaši lidskost, klid a nadhled. Jen to ale jistě nestačí. Být dobrým manažerem je stejně jako povolání lékaře řemeslem, kterému je třeba se učit. Mám pravdu?

Covid přinesl do naší práce i životů nové výzvy. Nejvíce mne hlavně na začátku tížila obrovská míra nejistoty při rozhodování, protože nebyly zkušenosti ani spolehlivé informace, a to ani u nás, ani jinde. Nyní je to stran nejistoty při rozhodování trochu lepší, pouze těch informací, a hlavně osobních názorů, je přespříliš.

Od začátku pandemie bylo jasné, že zálesácké poučky o tom, jak vést partu skautů, nebudou stačit, a tak jsme hledali rady a vedení u zkušenějších. Vytváření a vedení týmů nelze dělat intuitivně, je to řemeslo a umění, podobně jako medicína. Lidé pracující v nemocnici jsou příliš cenný materiál na to, abychom s nimi zacházeli bez návodu, metodou pokus omyl. Proto jsme s naší vrchní sestrou požádali vedení nemocnice o vyslání na školení leadershipu a koučování. Už jenom samotné uvědomění si, že jsou možnosti se vzdělávat ve vedení lidí, a že to má své zákonitosti, bylo obrovskou posilou. A tyto zásady ve vedení lidí a kolektivů jsme začali uplatňovat v naší práci – podle mne s úspěchem.

Součástí tohoto procesu bylo zjistit, jaké jsou možnosti, pak nastavit směr, obklopit se lidmi, kteří jsou ochotni pomoci a dohlížet na to, abychom postupovali podle plánu. A čas od času se zastavit a kouknout, jestli pořád jdeme správným směrem.

Za klíčové faktory, které mne osobně držely, považuji tři věci. V době, kdy jsme netušili, co bude covid obnášet, jsme si nastavili hranice, za něž nejsme ochotni jít ve smyslu ústupků v kvalitě péče. Nazvali jsme to „dobrá medicína a lidskost“ a v tom je vlastně obsaženo i to, co nás spojilo – nejen původní personál na covidových jednotkách, ale i všichni další, kteří postupně přicházeli pomoci. Dopředu jsme si nastavili, že nebudeme dělat něco, za co bychom se později styděli jak odborně, tak lidsky. V době, kdy jsme netušili, jak velká zátěž to bude, to bylo světlo na konci tunelu. Ta zátěž nakonec byla trochu jiná, než jsme

čekali. Byla roztaženější v čase a tam nám pomohlo druhé, týmové pojetí práce na covidových jednotkách – viděl jsem, jak lékaři i sestry měli snahu ty druhé kolem sebe podržet a pomoci si, podporovat se navzájem; byli ochotní vyměnit si služby, vypomoci těm, kteří byli zavaleni prací – a to mne nabíjelo.

Třetí klíčovou věcí byla podpora zvenčí – studentky z budějovické zdravky, naše obchodní a technické oddělení, laboratoře, vedení nemocnice – nikdy jsme neměli pocit, že jsme na to sami,

„Jednou z velkých životních iluzí je teorie, že máme nárok žít bez obtíží. Že když se nám dějí nepříjemnosti, je to nějaké nedopatření. Chyba v matrixu. Když ale přijmeme fakt, že problémy jsou normální součástí života a nikdy se jim nemůžeme vyhnout, ušetříme si spoustu energie a také jim dokážeme mnohem lépe čelit.“

Vyhoření se pokouší o každého z nás. Nikdo nejsme imunní. Záleží však na tom, co s tím uděláme – a to je pro každého něco jiného. Co funguje u mne,

"Pacienti nepotřebují, abych si sedl vedle jejich lůžka a povídal si s nimi o fotbale. Potřebují se dozvědět, co mohou očekávat od své nemoci, od sebe i od nás."

a že už nemáme kam ustoupit, tedy v našem případě expandovat. Někdy to bylo na den těsně, co se týče naplnění kapacity, ale vždy jsme měli připravený ještě další krok, pokud stávající uspořádání nebude stačit.

■ V rozhovorech často zmiňujete nutnost nalezení rovnováhy mezi prací a soukromým životem, což je ne vždy lehký úkol. Zdravotníci jsou nyní více než kdy jindy ohroženi syndromem vyhoření. Jaký je váš klíč k nalezení životní rovnováhy?

Dovolím si odpovědět zopakováním otázky: Nalezení rovnováhy mezi prací a osobním životem není lehký úkol, a dodám - ale je nutné stále se o to snažit. Ono vůbec nalezení rovnováhy v životě, tedy vnitřního klidu a radosti, není snadné. Současný francouzský filozof Fabrice Midal před pár lety řekl:

nemusí fungovat u druhých. Nicméně u mne funguje to, že mne moje práce lékaře i primáře baví, a každý den si uvědomuji, jak jsem za ni vděčný. Když mne přestává bavit, je to znamení, že něco musím změnit. A mluvím o tom sám se sebou i s těmi, kterým důvěřuji. Nehledám okamžité řešení, spíše hledám smysl, proč se to děje, a co mohu udělat, aby to bylo lepší.

Co mi také hodně pomáhá, je vědomí, že můžeme dávat a přitom získávat, že život není hra s nulovým součtem, kde, pokud jeden vyhraje, druhý musí prohrát. Naopak, přesvědčil jsem se, že život je hra s nenulovým součtem, tedy že všichni mohou vyhrávat, dokud jsou ve hře.

■ Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů