

EDITORIAL

Vážené kolegyně a vážení kolegové, po deseti letech strávených ve zdravotnictví ve Spojeném království, kdy český systém pomalu zapomínám a nový se stále učím, jsem přemýšlel, v čem se asi nejvíce tyto dva systémy od sebe liší. Zatímco klinická práce je všude stejná a cirkumcize zůstává cirkumcizí všude na světě, organizace zdravotnictví je v ledasčems jiná.

Asi největším rozdílem je koncept bezpečnosti pacienta (patient's safety). V Čechách jsem neměl žádný vlastní nebo obecný strukturovaný systém a hlavním vodítkem bylo starodávné, ale stále platné „Primum non nocere“ a snaha dělat dobrou medicínu.

Ve Spojeném království je vše jinak. Patient's safety má v National Health Service (NHS) nejvyšší místo v hierarchii hodnot a kolem pacienta je vytvořeno několik systémů, které hlídají nebo zajišťují pacientovo bezpečí. Prakticky veškerá zdravotní péče a její organizace má v centru pacientovu bezpečnost a projevuje se to v každodenních situacích, které musí být řešeny lékaři, sestrami a manažery. Abych byl více konkrétní, uvedu skutečné příklady:

1. Na jednotce intenzivní péče je určitý počet postelí a počet sester k lůžku. Tři sestry onemocněly a nepřišly do práce. Pokud neprijdou náhradnice, je třeba jednu postel neobsazovat, protože to není bezpečné pro ostatní pacienty na JIP. Urolog plánuje složitý operační výkon a chtěl pacienta uložit po operaci na intenzivní péči. Lůžko však volné není a operatér se musí rozhodnout, zda po operaci odešle pacienta na standardní lůžko nebo operaci odloží. V případě, že se pacientův zdravotní stav na standardním oddělení zkomplikuje, není kam jej dát. Rozhodnutí, co je bezpečné v této situaci, je kompletně na konzultantovi, protože ten má za pacienta plnou zodpovědnost. Pokud operaci provede a nic se nestane, nikdo konzultanta nepochválí. Pokud se stav pacienta pooperačně zkomplikuje, bude lékař těžko vysvětlovat a zdůvodňovat své myšlenkové pochody (judgement call).

2. Urolog sekundář (cizinec s osmiletou praxí) byl zavolán na urgentní příjem k pacientovi se strikturou uretry, retencí, sepsí, pokusy o katetrizaci byly

neúspěšné. Přinesl si epicystostomický set, provedl výkon a zachránil pacientovi život. Další den byl předvolán k náměstkovi pro LPP (Medical Director) a pokárán za rizikové chování a nerespektování základních principů pacientovy bezpečnosti. Problém byl v tom, že v budově se nenacházel urolog konzultant, který by nesl za pacienta odpovědnost, schválil postup a zasáhl v případe komplikací. Sekundář též neinformoval konzultanta z urgentního příjmu, který v daný okamžik za pacienta zodpovídal. Přijal pacienta na smíšené chirurgicko-urologické oddělení pod konzultantem chirurgem, který měl službu a vůbec o tomto pacientovi nevěděl.

3. Konzultant nemůže operovat tři cystektomie ročně, protože pokud si pacient nebo rodina bude na cokoliv stěžovat, nikdy by v UK neobhájil, že je schopen při takových malých počtech operací operovat bezpečně a vytrénovat adekvátně personál. Dále by se vyšetřovala konzultantova soudnost, že takto vůbec postupoval.

Nejvyšší autoritou přes pacientovu bezpečnost je General Medical Council (GMC). Lze ji srovnat s Lékařskou komorou v ČR. Hlavní rolí GMC je ochrana pacientů. Děje se tak pasivně – zlepšováním vzdělávání a úrovně poskytované péče, posuzováním lékařské kvalifikace, určováním lékařských standardů. Nebo aktivně – pokud lékař hazardoval s pacientovou bezpečností či ohrozil důvěru veřejnosti v lékařský stav, může být vyšetřován, suspendován nebo vyloučen se ztrátou licence. Zajímavé je, že kriminální vyšetřování a vyšetřování lékařského prohřešku GMC jsou z větší části nezávislá. Například konzultant úmyslně nesprávně fakturuje ve své privátní praxi a způsobí někomu finanční škodu. Zatímco policie vede své vyšetřování, GMC vede své a rozhoduje, do jaké míry lékař zklamal důvěru veřejnosti. K rozsudku soudu může GMC přidat určitou restrikcí na lékařovu praxi nebo jej dočasně či trvale vymazat z rejstříku lékařů, což je naprosté neštěstí.

Podobně řízení auta s alkoholem v krvi přinese lékaři čest vidět své jméno na první stránce regionálního tisku a GMC podle výše hladiny alkoholu na podnět od zaměstnavatele může nechat pře-

zkoumat lékařovu soudnost, možnou závislost na alkoholu či drogách a narušení důvěry veřejnosti. Vlastní přestupek bude nejspíš řešen u soudu ztrátou bodů, pokutou a zápisem v trestním rejstříku. GMC k tomu může navíc přidat další sankce.

GMC vydává útlou brožurku (dostupná i na webu) pro lékaře s názvem Good Medical Practice (GMP), která ve čtyřech oblastech definuje chování lékaře a požadavky na jeho vzdělání, poskytovanou péči, bezpečnost a kvalitu, komunikaci mezi lékaři, pacienty, uvnitř týmu. Poslední část se věnuje důvěře, čestnosti, integritě a diskriminaci. Bez znalosti této brožurky snad ani nelze pracovat. Shrnuje elementární principy chování lékaře. Královská kolej chirurgů/operatérů má pro chirurgy/operatéry obdobu zvanou Good Surgical Practice.

GMC též zavedl ve spolupráci s královskými koleji tzv. appraisal, což je každoroční hodnocení lékařů. Podobnou proceduru podstupují také zdravotní sestry i manažeři. Pro lékaře to znamená, že si připraví během roku dokumentaci pro asi hodinový pohovor. Ve stejných oblastech popsanych v GMP musí lékař demonstrovat, že jeho znalosti jsou up-to-date, že je zdravý, schopen poskytovat péči, určit oblasti, které je možné vylepšit nebo rozvinout, dokumentovat svoji poskytovanou péči včetně celoživotního vzdělávání.

Jednou za pět let probíhá revalidace, bez které nelze pracovat a poskytovat péči. Lékař bez revalidace není ve zdravotnictví zaměstnatelný.

Další systém, který zajišťuje bezpečnost pacientů, je Clinical Governance (CG). Asi nejpříjemnější překlad bude „Systém klinické kontroly“, nic lepšího mne nenapadlo. Jeho zavedení bylo spuštěno po zkušenostech s případy praktika Dr. Shipmana, který vraždil své pacienty, a skandálu na Bristolské dětské kardiokirurgii v 90. letech minulého století.

Ze sedmi bodů CG se přímo bezpečnosti týká risk management. Pokud se například zavádí nový postup nebo metoda (například transperineální biopsie), než se celý nový proces spustí, tak se analyzují všechny kroky a hledají se rizika. Měří se riziko nejenom pro pacienty, ale též pro zdravotníky a nemocnici.

Další klíčovou částí CG je audit. Každý lékař (tedy i urolog operatér) audituje svou činnost. Lékař se podílí na celostátních auditech (např. cystektomie,

nefrektomie, epicystostomie, uretroplastika atd.) nebo na regionálním či jenom osobním.

V osobních auditech hodnotí buď výsledky své operativy (třeba TURP), nebo kvalitu poskytované služby (provádění urodynamického vyšetření, biopsie prostaty). Podle toho, jak je audit naplánován, provádí srovnání s literaturou, s celostatními údaji nebo s kolegou. Výsledek je diskutován u appraisalu – proč to vyšlo, jak to vyšlo a co lze ještě zlepšit. Nebo je lékař špička v oboru?

Dalším příkladem CG je zajištění stěhování oddělení. Pro manažery je to přesun do jiné budovy na nové postele. Pro zdravotnický tým je to noční můra – je třeba vše podrobně promyslet, aby se vychytila všechna možná rizika: kudy budou pacienti přicházet, odcházet, co se udělá, když pacient zabloudí. Kde budou odevzdávat moč před vyšetřením u lékaře.

Systém klinické kontroly v rámci bezpečnosti pacienta rovněž prostupuje každodenní praxi. Patří sem též správné vedení dokumentace. Aby urolog měl dostatek času na správné vedení dokumentace, diktování zpráv, výsledků, doporučení a objednávání vyšetření, má vyhrazeny čtyři hodiny týdně pouze na administrativu. V tomto čase nevykonává žádnou jinou činnost. Na audit, systém klinické kontroly a sebevzdělávání má vyhrazeno dalších šest hodin týdně, kdy je opět tento čas výlučně přidělen na zmíněné aktivity. Pokud se lékař podílí na výuce a výzkumu, může toto číslo dosáhnout místo šesti až deseti hodin pracovní doby týdně. V rámci vzdělávání má urolog nárok na deset pracovních dnů ročně.

Existují další organizace, které se starají o pacientovo bezpečí – z největších bych zmínil například National Patients Safety Agency (NPSA).

Přes veškerou snahu lékařů, zdravotních sester a všech organizací nelze vytvořit systém, který by byl naprosto bezpečný a neprůstřelný. Na druhou stranu laika pro systémovou bezpečnost pacienta je ve Spojeném království postavena hodně vysoko.

doc. MUDr. Richard Fiala, CSc., FEBU, FRCS

Altnagelvin Area Hospital

Western Health and Social Care Trust

Londonderry

13. 1. 2017