

Je důležité dát pacientovi najevo, že jste ochotný naslouchat

K 31. prosinci odchází z funkce primáře Ambulance klinické hematologie MUDr. Ivan Vonke, MBA. Ambulanci neopouští, i nadále zůstává na částečný úvazek. O tom, co se v hematologii za jeho kariéru změnilo, ale i o tom, jak by měl lékař s pacienty komunikovat, přibližuje v následujícím rozhovoru.

■ **Pane primáři, v českobudějovické nemocnici působíte již od roku 1985. Na kterém oddělení jste tehdy začínal?**

Nastoupil jsem na 1. interní oddělení a po třech letech jsem přešel na 2. interní oddělení, které více spolupracovalo s hematologií, a tu jsem od začátku chtěl dělat. Myslím, že jsem jediný v nemocnici, kdo prošel oběma interními odděleními. Složil jsem i druhou atestaci z interny, protože, dle mého názoru, dobrý hematolog musí být v první řadě dobrý internista. Až poté jsem přešel na Hematologické oddělení.

V roce 1997 mě oslovil s nabídkou na pozici primáře tehdejší ředitel nemocnice MUDr. Jiří Bouzek, MBA. Dlouho jsem ji zvažoval, neboť na funkci jsem byl dle svého názoru příliš mladý. Nakonec ale převážila chuť moct dělat věci po svém a nabídku jsem přijal. Tenkrát jsem netušil, že ve funkci budu tak dlouho.

■ **Proč jste se na začátku své kariéry rozhodl právě pro hematologii?**

Chtěl jsem dělat práci, která se mi bude líbit a bude mě bavit. Hematologie mě vždy lákala, protože se zde propojuje klinická práce s pacientem a laboratoř. Dříve jsme dokonce sami chodili do laboratoře, kde jsme na základě výsledků stanovovali diagnózu. Hematologie je jeden z mála oborů, kde toto propojení dodnes zůstává a pořád poměrně detailně vidíme do klíčové diagnostiky našich pacientů.

■ **Jak se změnilo za tu dobu vaše oddělení a případně spektrum vašich pacientů?**

Oddělení se změnilo dramaticky. Navenek nejzřetelnější změnou bylo

organizační odloučení laboratoře, kterou nyní jen odborně garantujeme. V průběhu let dramaticky stoupl počet množství požadavků na laboratorní vyšetření, zásadně se změnilo i přístrojové vybavení. Patříme k pracovištím, která vyprodukuje v relativně malém počtu pracovníků obrovské množství výkonů.

Dále násobně vzrostl počet pacientů. Když jsem přišel na oddělení, ambulanci prošlo týdně cca deset pacientů. Dnes máme padesát pacientů denně. Léčíme tři skupiny pacientů: s onkologickým onemocněním, neonkologickým a s poruchami srážení krve. Dříve většinu našich pacientů s poruchami srážlivosti krve tvořili pacienti s krvácivými chorobami, hlavně hemofilici, v dnešní době největší spektrum pacientů tvoří lidé ohrožení trombózou. V ambulanci je zdánlivě nejvíce onkologických pacientů, protože ti mají mnohem častější kontroly, ale na počet pacientů je většina těch s vrozenými poruchami srážlivosti krve. Ti totiž v naší péči zůstávají celoživotně.

V 90. letech byl založen Registr dárců kostní dřeně, od té doby tak mnohem více pacientů mohlo podstoupit transplantaci. Proto jsme od roku 2000 postupně začali pacienty s diagnózami, u kterých je nutná a možná transplantace kostní dřeně, jako je například akutní leukémie, odesílat na vyšší pracoviště, kde zároveň transplantují kostní dřeň.

■ **Co vidíte za největší posuny v léčbě ve vašem oboru?**

V léčbě poruchy srážení krve jednoznačnou změnu přinesl rozvoj substituční léčby. Ještě v 70. letech bylo jediným „lékem“ burákové máslo,

olej v něm obsažený totiž přispívá ke zvýšení srážlivosti krve. Dříve byl pacient s hemofilií zpravidla invalidní. Nemoc totiž způsobovala časté krvácení do kloubů, což způsobilo jejich nezvratné poškození.

První posun přinesla průmyslová výroba přípravků z plazmy, která ale nebyla zajištěna proti přenosu virů. Bohužel v té době došlo k rozšíření nemoci AIDS, celosvětově tak dvě třetiny hemofiliků zemřely na AIDS získané z přípravků z plazmy. V tehdejší ČSSR jsme měli štěstí, díky ruční výrobě, kdy se plazma opravdu sbírala sběračkou z krve 20–30 dárců, bylo riziko přenosu relativně malé. Na rozdíl od výroby na Západě, kde se smíchala plazma až od 10 000 dárců. Západní přípravky se u nás indikovaly pouze těm nejtěžším případům. V Českých Budějovicích se nám nakazili pouze tři pacienti, dva zemřeli, ale třetí se dožil účinné retrovirové léčby a v současné době má infekci HIV plně kontrolovanou. Dnes se používají již syntetické léky, které jsou naprosto bezpečné. Na od dětství léčeném hemofilikovi již žádné omezení nepoznáte, žije aktivní a plnohodnotný život.

■ **Velký posun nastal obecně i v diagnostice, například byla objevena Leidenská mutace, která způsobuje nadměrnou srážlivost krve. Jak toto ovlivnilo vaše pacienty?**

Objev Leidenské mutace znamenal pro řadu pacientů s tímto onemocněním dramatický zlom v jejich životě. Tito lidé trpěli opakovanými trombózami. Pamatuji si mladého kluka, který měl v osmnácti letech plicní embolii. Musela mu být odebrána část plic, prodělal několik trombóz a v důsledku nemoci došlo k velkému poškození žil na dolních končetinách, kvůli kterému musel každý rok strávit několik měsíců na Kožním oddělení. Po nasazení léčby se jeho stav velmi rychle zlepšil. Takových pacientů jsme měli několik desítek. V dnešní době už naštěstí takové dramatické případy nemáme, pacienti jsou zachyceni zpravidla relativně brzy.



prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

Obecně se změnil i odborný pohled na antikoagulační léčbu. Dříve byla u pacientů ve vyšším věku kontraindikací, nyní je naopak vyžadována. Dokázali jsme tak změnit i průběh řady jiných onemocnění.

■ **Jak se změnila hematologická léčba?**

Největší posun znamenal vývoj monoklonálních látek, které se často označují jako biologická léčba. Spousta onemocnění, která jsme uměli sotva ovlivnit, se najednou stala vyléčitelnými nebo dlouhodobě kontrolovatelnými. Nejvíce pacientů se u nás léčí s chronickou lymfatickou leukémií.

Je statisticky dokázáno, že pokud jí pacient onemocní po 65 letech věku, tak nemoc nesnižuje věk dožití. Často tak říkám pacientům, že kdyby měli vysoký krevní tlak, tak by měli prognózu horší – vysoký krevní tlak život prokazatelně zkracuje.

Takřka všichni naši pacienti jsou léčeni pouze ambulantně. Ambulantní léčba prošla za posledních dvacet let také velkým vývojem. V počátcích se kladl důraz na přežití pacienta. Tam jsme již dosáhli takřka maxima, takže pozornost se přesunula na komfort pacienta a nežádoucí účinky léčby.

Vypadání vlasů, zvracení, afty, vředy v ústech apod., už většinu našich pacientů nepostihuje. Jsme zvyklí, že pacientovi podáme chemoterapii a za týden přijde s tím, že je mu líp. V dnešní době je standardní reakce na chemoterapii zlepšení stavu, zejména na počátku.

Zásadní změnu přinesl také covid. Riziko nákazy pacienta během hospitalizace bylo velmi vysoké. Chtěli jsme proto i tuto část pacientů převést do ambulantního režimu. Vedení nemocnice nám umožnilo již od začátku používat dražší druhy přípravků, které lze podávat v rámci ambulance. Striktně také držíme systém, kdy pacient je po celou dobu v péči jednoho konkrétního lékaře. Velmi to zjednodušuje komunikaci, zrychluje provoz ambulance, protože pacienta znáte. Už ve dveřích poznáte, že je mu špatně.

■ **Jednou z překážek v komunikaci je například strach. Je to emoce i vašich pacientů?**

Nepochybně. Část pacientů přichází i s nedůvěrou. Leckdy trvá i několik měsíců, než se nám podaří pacienta přesvědčit, že víme, co děláme, a že za tím je nějaký dlouhodobý cíl. Otevřeně mu říkáme, kde jsou hranice možností naší pomoci.

Boj se strachem je jednoduchý. Otevřeně pacientovi řekneme, jaký jeho aktuální stav, jaký je realistický cíl léčby a fahrplan, kterým toho chceme dosáhnout. Člověk si to za pár návštěv přebere, strach možná stále přítomen je, ale už nepoznamenává naši vzájemnou komunikaci. Pro mě je zásadní, aby měl lékař dlouhodobý plán léčby, to u některých – zejména mladších – lékařů postrádám. Důležitou součástí naší práce je v případě těžce nemocného člověka navázat kontakt s jeho rodinou. Velmi vítáme, pokud s pacientem přichází i jeho nejbližší. Často k nám dochází rodina i sama a detailně s ní probíráme pacientův stav a jeho vyhlídky.



prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

■ **Lékaři si leckdy stěžují, že pacienti nedodrží režimová opatření. Jak je tomu u vás?**

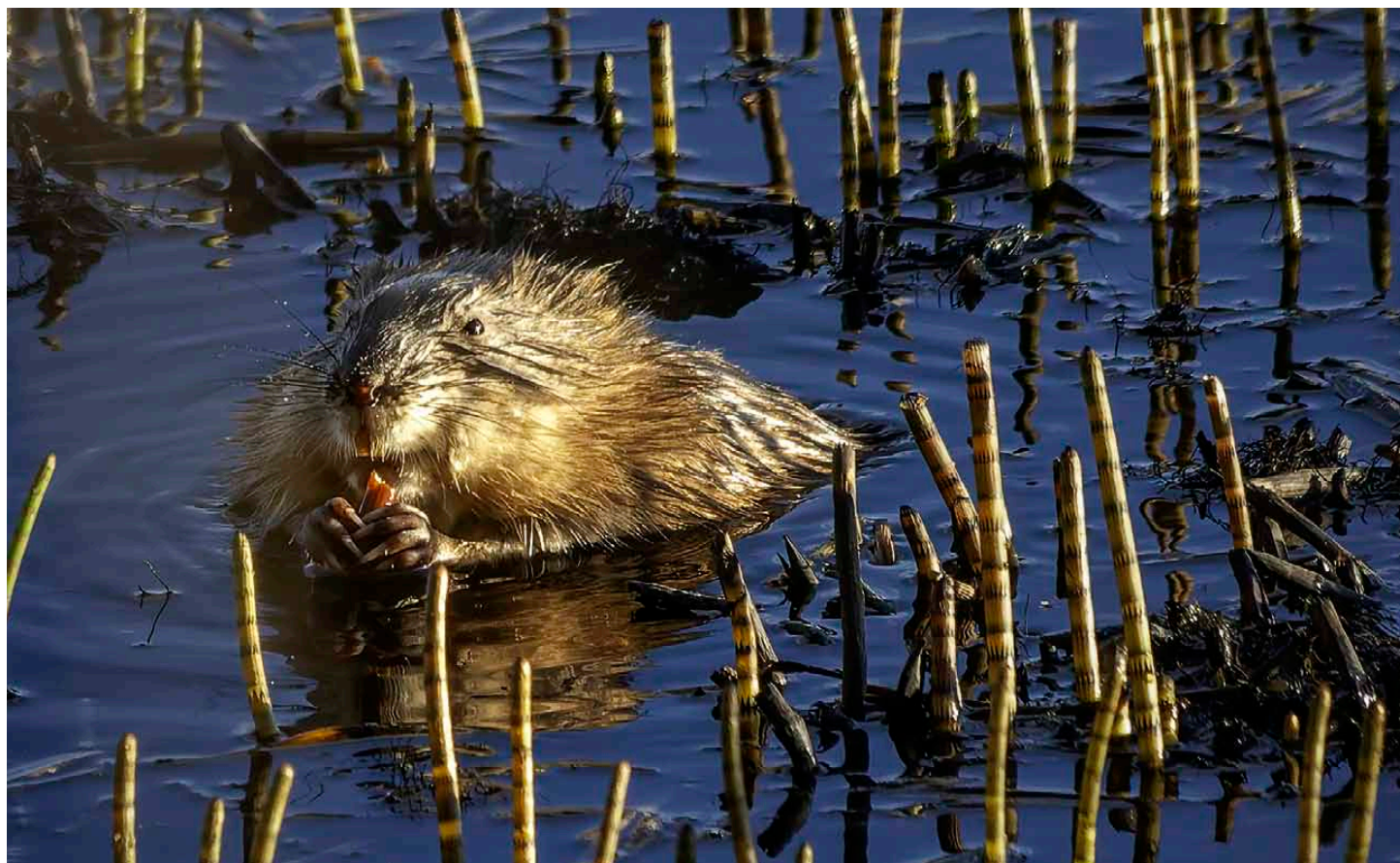
Já v tomto problému s pacienty nemám. Myslím si, že je to o výchově pacienta a o empatii lékaře. Když lékař nemá pochopení pro problémy pacienta, ten ho logicky přestane respektovat. Je důležité dát pacientovi najevo, že jste ochotný naslouchat. Jsou lidé, se kterými se nedomluvíte nikdy. Ale těch je velmi nízké procento.

Část našich pacientů trápí nechutenství. Sám jsem zažil tři dny nechutenství, když jsem prodělal covid.

A jsem rád, že se tak stalo, protože konečně pacienty plně chápu. To je opravdu stav, který vůlí překonat nelze.

■ **Tyto schopnosti jste měl již v sobě, nebo přišly až se zkušenostmi?**

Myslím, že do určité míry to mám v sobě. Je třeba umět spojit dvě věci – základní ochotu být milý a schopnost stanovit hranice. To znamená, když pacient začne někam ujíždět, umět včas říci, tak takhle ne, to chodte k někomu jinému. Když umíte toto správně nastavit, tak se skoro s každým domluvíte.



Pohoda u vody, autor: prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

Je velký rozdíl pracovat na lůžkovém oddělení, kde prakticky nic nechvátá tak, aby nebyla možnost se poradit, a v ambulanci, kde sedíte sám s pacientem a musíte se tady a teď rozhodnout a nemůžete udělat chybu. Do ambulance potřebujete mnohem vyzrálejšího doktora než na lůžka.

■ **Pacienti také hledají pomoc i v alternativní léčbě. Jak toto s nimi řešíte?**

Vůbec mi nevadí, pokud pacient hledá úlevu i v alternativní léčbě. Dokonce ji některým pacientům sám doporučuji. Ale vždy chci, aby mi o tom pacient řekl. Alternativní cesty jsou různé, někdy se jedná o relativně seriózní pokusy, jak jít na nemoc jinou filozofií, jindy jsou to však čiročiré podvody. Velmi nebezpeční pro pacienta jsou ti, kteří jim radí, aby vysadili dosavadní léčbu. Pokud mi pacient neřekne, že léčbu vysadil, já očekávám od léčby nějaký efekt, který ale v tomto případě

nenastal, tak mu samozřejmě léčebnou dávku navýším. Pokud se to takto stane opakovaně a najednou se pak pacient k léčbě, která je třeba již v 4násobném množství, uchýlí, tak je to pro něj již přímo život ohrožující. Lidem proto říkám: „Chápu, že si přejete alternativní léčbu, ale vybírejte rozumně. Když budete chtít, abychom nějak změnili či posunuli naši léčbu, přijďte, domluvíme se.“ A toto dobře funguje. V medicíně má placebo efekt často do jisté míry pozitivní účinky. Jsou situace, kdy už neumíme pacientovi pomoci a alternativní léčba přináší úlevu, například v rekonvalescentních fázích po chemoterapiích. Sami pak u některých pacientů vidíme zlepšení.

■ **Vaší nástupkyní od 1. ledna bude MUDr. Jana Vondráková, Ph.D. Co byste jí do nové funkce popřál?**

Přál bych nejen jí, ale i všem kolegům, aby je práce bavila tak jako mě. Aby byli schopni se s pacienty domluvit,

naladit se s nimi na společnou notu. Není to vždy jednoduché, ale v drtivé většině případů to lze.

■ **Když vás fotil do časopisu profesionální fotograf, byl ohromen vašimi znalostmi fototechniky. Předpokládám, že od Nového roku budete mít na svůj koníček více času. Co nejraději fotíte?**

Nejraději fotím přírodu, konkrétně ptáky a zvířata. V Česku to je hlavně drobné ptactvo, na dovolených záleží, co v dané oblasti žije. Je až překvapivé, jak snaha o dobrou fotografii mění pohled na svět kolem sebe. Bezhlavé běhání a cvakání zpravidla k dobrým výsledkům nevede. Musíte zpomalit, vidět barvy a tvary, pokusit se pochopit chování zvířat. Odměnou je téměř vždy lepší zážitek a někdy i povedená fotografie.

■ **Ing. Veronika Dubská**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů