

NÁRODNÍ PROGRAM KOMPLEXNÍ INTERNÍ PÉČE

VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO PÁTEŘNÍ OBOR
ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU ČR



Za pracovní skupinu výboru
a krajských konzultantů ČIS ČLS JEP vypracovali:

Richard Česka, Karel Horký, Luboš Kotík, Miroslav Souček,
Jan Václavík, Jiří Widimský jr.

Národní program

komplexní interní péče

Editori:

prof. MUDr. Richard Češka, CSc.
prof. MUDr. Karel Horký, DrSc.
MUDr. Luboš Kotík, CSc.
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
MUDr. Jan Václavík, Ph.D.
prof. MUDr. Jiří Widimský jr.

Autoři:

prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM, prof. MUDr. Karel Horký, DrSc.,
prim. MUDr. Luboš Kotík, CSc., prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.,
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc., prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., MUDr. Petr Svačina,
prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.,
prof. MUDr. Michal Kršek, CSc., MUDr. Jana Lacinová, prim. MUDr. Jan Nedvídek,
prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.,
prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc., prim. MUDr. Jan Nebáznivý, MUDr. Milan Tržil,
MUDr. Milan Kuman, MUDr. Jan Václavík, Ph.D., prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc.,
prim. MUDr. Pavel Havránek, MUDr. Jiří Latta, doc. MUDr. Arnošt Martínek, CSc.,
prim. MUDr. Jaroslav Točík, prim. MUDr. Petr Vojtišek, CSc.,
prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., prim. MUDr. Jaroslav Žák

©Facta Medica, 2013

©Česká internistická společnost ČLS J.E. Purkyně, 2013

Vytiskla tiskárna Helbich, Brno

Grafický návrh Facta Medica, s.r.o.

Grafické zpracování a sazba Facta Medica, s.r.o.

Cover Design ©Facta Medica, 2013

Vydala společnost Facta Medica, s.r.o., Srbská 2186/19, 612 00 Brno

Vydání první

Počet stran: 24

ISBN 978-80-904731-4-0

OBSAH

PREAMBULE	5
POSLÁNÍ A CÍLE PROGRAMU	5
VÝCHODISKA	5
1 VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO PÁTEŘNÍ OBOR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ	6
2 STÁRNUTÍ POPULACE A POLYMORBIDITA	6
3 VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO OBOR	7
3.1 Nemocniční interna	8
3.1.1 Příjem nemocných (urgentní, akutní, plánovaný)	8
3.1.2 Lůžková péče	9
3.1.3 JIP	9
3.2 Ambulantní interna	12
3.3 Primární péče	12
3.4 Superspecializace	12
4 SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI OBORY	13
4.1 Preskripce a její omezení	13
5 VZDĚLÁVÁNÍ	14
6 EKONOMICKÉ ASPEKTY	14
7 ROZVOJ, VÝZKUM A VÝVOJOVÉ TRENDY VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ	15
7.1 Hlavní programy oboru	15
7.2 Priority výzkumu, výzkumná pracoviště	15
7.3 Systém kontroly kvality poskytované péče v oboru	15
7.4 Srovnání oboru se zahraničím	15
7.5 Očekávané trendy v příštích letech	16
8 MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE	16
ZÁVĚR	17
PŘÍLOHA Č. 1	17
PŘÍLOHA Č. 2	18
PŘÍLOHA Č. 3	19
PŘÍLOHA Č. 4	22

NÁRODNÍ PROGRAM KOMPLEXNÍ INTERNÍ PÉČE (NPKIP)

VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO PÁTEŘNÍ OBOR ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU ČR

Za pracovní skupinu výboru a krajských konzultantů ČIS ČLS JEP vypracovali:

R. Česka, K. Horký, L. Kotík, M. Souček, J. Václavík, J. Widimský jr.

PREAMBULE

Předložený program má za cíl zlepšení zdravotní péče v realitě naší země na počátku třetího tisíciletí. Touto realitou je prodlužování věku, tedy stárnutí populace, epidemie metabolických, kardiovaskulárních i dalších neinfekčních onemocnění a suboptimální ekonomická situace. Řešením zdravotní situace významně polymorbidní populace je především komplexní přístup široce orientovaného specialisty, který staví na kvalitně vybudovaném systému primární péče a využívá superspecializované (nákladné) péče v přesně specifikovaných situacích.

POSILÁNÍ A CÍLE PROGRAMU

Prvním cílem předloženého programu je ve spolupráci především s všeobecnými praktickými lékaři i specialisty dalších oborů včas vyhledávat polymorbidní nemocné a zajistit jim komplexní péči. Velký důraz je kladen na včasnost odhalení nemoci i jejich rizikových faktorů, a tím na prevenci (a vyhledávání) komplikací a polymorbidit. Akceptování programu a jeho uvedení do klinické praxe umožní i nezbytnou kontrolu kvality poskytované péče.

VÝCHODISKA

V posledních desetiletích dochází v České republice k trvalému prodlužování věku, který nyní dosahuje 74,7 roků u mužů a 80,7 roků

u žen. Tento jistě pozitivní trend je spojen s nárůstem polymorbidit. Celá řada osob se dožívá vyššího věku i proto, že současná úroveň medicíny umožňuje přežít navzdory řadě současně se vyskytujícím onemocněním. Nelze přehlédnout narůstající epidemii neinfekčních onemocnění (kardiovaskulární, metabolická, nádorová i další), která postihují miliony nemocných.

1 VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO PÁTEŘNÍ OBOR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Vnitřní lékařství je páteřním oborem nechirurgické lůžkové sekundární a terciární péče zdravotního systému České republiky. Disponuje 10 091 lůžky na 150 odděleních. Na interních odděleních bylo v roce 2011 hospitalizováno 387 930 pacientů, celkový počet ošetrovacích dnů činil 2 695 766 při průměrné ošetrovací době 6,9 dne. Nelze ovšem tvrdit, že by v současnosti ve vnitřním lékařství převažovalo geriatrické zaměření, přestože procento případů ve věkové skupině 65+ činí 63,7 %. Lékařů internistů je v současné době celkem 3 565.

2 STÁRNUTÍ POPULACE A POLYMORBIDITA

V posledních desetiletích dochází v České republice k trvalému prodloužení věku, který nyní dosahuje 74,7 roku u mužů a 80,7 roku u žen. To se odráží i v narůstajícím průměrném věku všech hospitalizovaných, který se za posledních 25 let zvýšil ze 40,0 na 48,6 let (1986–2011).

Pozitivní trend prodloužování průměrného věku v naší zemi je jistě spojen s nárůstem polymorbidity, neboť celá řada osob se dožívá vyššího věku právě proto, že současná úroveň medicíny umožňuje přežít navzdory řadě současně se vyskytujícím onemocněním.

Nelze také přehlédnout narůstající epidemii neinfekčních onemocnění (kardiovaskulárních, metabolických, nádorových i dalších), která postihují miliony nemocných. Jen hypertenzi trpí 1 800 000 osob, onemocněním diabetes mellitus 800 000 osob podobně jako ischemickou chorobou srdeční, kritéria tzv. metabolického syndromu splňuje 30 % dospělé české populace. Polovina osob starších 65 let má přinejmenším 3 koexistující chronické choroby, 20 % jich má dokonce 5 nebo více. I statistické údaje potvrzují, že nejčastější onemocnění, pro která jsou nemocní na interním oddělení hospitalizováni (onemocnění kardiovaskulární a gastroenterologická), jsou téměř ve dvou třetinách provázána koexistující nebo významně prognózu ovlivňující komorbiditou.

Polymorbidita je problémem současné stárnoucí populace. Je tedy zřejmé, že v současné medicíně je možné dvojí směřování.

Jednou cestou je budování stále specializovanějších lůžkových oddělení a posílení počtu ambulancí specialistů tak, aby o každé onemocnění bylo postaráno na předpokládané nejvyšší možné úrovni. Bude to cesta drahá, pacient nebo konziliáři se budou přesunovat mezi odděleními nebo ambulancemi, to povede k polypragmazonii a vynaložené prostředky se neodrazí v lepším zdravotním stavu pacientů.

Druhou možností je v nemocniční péči složit tým lékařů tak, aby zde byli všeobecně vzdělaní internisté společně s lékaři se specializací v kardiologii, diabetologii a dalších oborech interní medicíny. Tento způsob péče na společném lůžkovém zařízení vede ke vzájemnému předávání znalostí a zkušeností, a roste tak schopnost všech zúčastněných pečovat o polymorbidního pacienta. Tento trend odpovídá i současným snahám vytvářet tzv. společný lůžkový fond pro řadu příbuzných oborů. Takové oddělení se může jmenovat jakkoliv, např. „společný lůžkový fond interních oborů“, přičemž internisté zde budou mít rozhodující úlohu.

Právě takto koncipovaná oddělení umožní výchovu zkušených internistů, kteří jako jediní jsou schopni se následně starat o polymorbidní nemocné v ambulantní péči.

Většina pacientů ve věku nad 65 let nevyžaduje tedy jen specializovanou péči, ale potřebuje chápání jejich onemocnění v širších souvislostech a stanovení léčebných priorit. Z toho vyplývá, že pro většinu těchto nemocných je optimální být hospitalizován na oddělení, které poskytuje vyváženou péči o celou zdravotní problematiku pacienta, tedy především na odděleních interních s vhodnou skladbou specialistů.

3 VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ JAKO OBOR

Vnitřní lékařství, interní medicína je základním oborem sekundární a terciární péče v nechirurgických oborech. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, posudkovou činností i výzkumem vnitřních nemocí.

Je multidisciplinárním oborem, úzce navazujícím a spolupracujícím s dalšími obory. Základní charakteristickou interní péče je její komplexnost, která umožňuje péči o polymorbidní dospělé nemocné včetně nemocných vyšších věkových skupin. Má integrační funkci v rámci ostatních oborů, navazuje na obory teoretické i klinické, in-

tegruje jejich poznatky a v praxi využívá nových poznatků i výsledků klinického výzkumu i nových diagnostických a léčebných metod.

Interní specializovaná péče je poskytována lékaři se specializací v oboru, nebo se specializovanou způsobilostí pro vnitřní lékařství, tedy těmi, kteří absolvovali alespoň interní kmen a mají praxi na obecném interním oddělení trvající nejméně 5 let (kmen 2 roky + další praxe 3 roky).

Interní péče je poskytována ambulantně, v ambulancích těchto specialistů, provozovaných samostatně nebo sdružených s dalšími lékaři, praktickými lékaři i dalšími specialisty s návazností na komplement.

Lůžková interní péče je poskytována na lůžkových interních odděleních s akreditací I. nebo II. typu, v nemocnicích regionálních, krajských, městských a fakultních.

Interní péče je poskytována i v rámci dalších oddělení, především oddělení, která jsou převážně superspecializovaná, nicméně část kapacity (např. ve fakultní nemocnici i z výukových důvodů) jsou využívána jako „obecné interní oddělení“.

3.1 Nemocniční interna

3.1.1 Příjem nemocných (urgentní, akutní, plánovaný)

V nemocnicích různého typu (regionální, fakultní) budou budována příjmová oddělení, která mohou mít charakter centrálního příjmu, společného pro chirurgické i nechirurgické obory, nebo v mnoha nemocnicích vzniká tzv. společný příjem interních nemocných. Toto oddělení (respektive nechirurgická část centrálního příjmu) musí být plně v gesci interního oddělení dané nemocnice nebo bude samostatným interním příjmovým oddělením. Jeho základní funkcí je totiž široká diferenciální diagnostika interních oddělení, která nemůže zůstat v rukou superspecialisty. Superspecialisté budou samozřejmě na takovém oddělení pracovat jako konziliáři. Součástí týmu příjmového oddělení bude lékař intenzivista. Toto příjmové oddělení má kromě komplexní léčebně preventivní péče i významnou úlohu při postgraduální výchově lékařů zařazených do interny i oborů blízkých. Na příjmu lze v některých případech směřovat pacienta přímo na specializované oddělení, pokud je v nemocnici dostupné, nebo je třeba nemocného přijmout ke komplexní diagnostické a léčebné péči na interní oddělení orientované obecně. Ve specifických případech je třeba zajistit urgentní transport na superspecializované pracoviště,

kteří disponuje vybavením i týmem potřebným pro zajištění optimální péče (MRI, katetrizační sál tým ap.).

3.1.2 Lůžková péče

Význam interny v systému zdravotnictví dokumentuje i to, že nejvyšší počet pacientů je každoročně hospitalizován právě na interních odděleních nemocnic. V roce 2011 zde bylo průměrně denně léčeno 7,4 tisíce pacientů, tj. 18,4 % poskytnuté péče nemocnic z hlediska počtu ošetrovacích dní. Po interních odděleních následují s průměrným počtem 5,3 tisíce hospitalizovaných pacientů denně (13,2 %) chirurgická oddělení. Celkem bylo na interních odděleních v průběhu téhož roku ukončeno 387,9 tisíc hospitalizací (17,7 %) s průměrnou ošetrovací dobou 6,9 dne. Mezi pacienty interních oddělení v 63,7 % převažovaly osoby starší 65 let a průměrný věk dosahoval téměř 68 let. Na interních odděleních se pacienti nejčastěji léčí pro nemoci oběhové soustavy (36,5 %) a dále onemocnění trávicí soustavy (11,5%) a nemoci dýchací soustavy (10,1%). Na lůžkové interní oddělení jsou pacienti přijímáni v zásadě třím způsobem:

- **akutní situace**, obvykle cestou příjmového oddělení v nemocnici, některé urgentní situace „bypassují“ příjmové oddělení a obvykle za spolupráce s RZS jsou nemocní přijímáni přímo na jednotky intenzivní péče (i oborově specializované)
- **přijetí na doporučení ošetrujícího lékaře** v situaci, kdy není stanovena jednoznačně orgánově specifická diagnóza, nebo v případě, že v nemocnici není dostupné superspecializované oddělení. Na obecné interní oddělení je rovněž přijímán nemocný s orgánově specifickým postižením, u kterého je současně významná polymorbidita.
- na interní oddělení je **překládán pacient z jiných oddělení** nemocnice včetně oddělení superspecializovaných v případě, že došlo k rozvoji komplikací a převážila problematika komorbidit či obecné interní problematika.

3.1.3 Jednotky intenzivní péče

V oblasti **intenzivní interní péče**, bude obor spolupracovat s dalšími odbornostmi, především s kardiologií a intenzivní medicínou. Na interních odděleních budou existovat jednotky intenzivní péče (JIP) nejčastěji trojího typu (i když většinou budou existovat specializované JIP při specializovaných odděleních a na menších interních odděleních budou naopak univerzální JIP):

- Budou to **jednotky koronární** ve větších nemocnicích optimálně jako součást kardiocentra s dostupností katetrizačního sálu i kardiochirurgie.
- **Jednotky intenzivní a metabolické péče** budou poskytovat léčebně-preventivní péči pacientům s metabolickými chorobami v ohrožení života. Dále také pacientům v kritickém stavu, pokud nebude specializovanější péče indikována nebo nebude dostupná. Bude na nich řešena i otázka intoxikací, těžkých metabolických rozvrátů a úpravy vnitřního prostředí. Některé budou úžeji specializovány např. na poskytování enterální a parenterální výživy.

Hospitalizace v nemocnicích podle oddělení v ČR 2011

(převzato dle ÚZIS)

oddělení	počet		průměrná ošetrovací doba	počet případů ve věk. skupinách		počet případů ve věk. skupinách v %	
	případy hospitalizace	ošetřovací dny		0-14	65+	0-14	65+
interní	387 930	2 695 766	6,9	219	246 955	0,1	63,7
kardiologické	61 507	253 951	4,1	1	35 762	0,0	58,1
revmatologické	1 860	24 386	13,1	-	766	-	41,2
diabetologické	1 671	16 415	9,8	-	584	-	34,9
gastroenterologické	6 157	40 357	6,6	7	2 913	0,1	47,3
geriatrické	6 479	99 813	14,4	-	5 829	-	90,0
pneumologické a ftizeologické	39 422	329 720	8,4	1	20 708	0,0	52,5
nefrologické	3 991	22 606	5,7	-	1 436	-	36,0
klinické hematologie	5 239	44 126	8,4	-	1 797	-	34,3

- V některých nemocnicích, na menších interních odděleních mohou vznikat **víceoborové jednotky intenzivní péče**. Je otázkou dalšího vývoje, jak budou tato menší oddělení intenzivní péče organizována v jednotlivých nemocnicích v budoucnosti.

Samozřejmě, pod pojmem interní jednotka intenzivní péče si nemůžeme představovat pouze výše zmíněné typy, ale současně budou existovat i interní JIP oddělení zaměřené nefrologicky nebo hematologicky. Znovu je třeba zdůraznit multioborovou spolupráci krom výše zmíněných oborů např. s iktovými centry v péči o cévní mozkové příhody.

Následující tabulky jsou dokladem toho, že interna jako obor disponuje dostatečným lůžkovým zázemím pro splnění výše vymezených úkolů. Naopak představa masivnějšího přesunutí péče na superspecializovaná oddělení by znamenala významnou restrukturalizaci lůžkového fondu

Oddělení nemocnic podle oborů ČR 2011 (převzato dle ÚZIS)

oddělení	počet oddělení	lékaři (přepočtený počet)		lůžka	
		absolutně	na 100 lůžek	absolutně	na 10 000 obyvatel
interní	150	1 711	16,95	10 091	9,61
kardiologické	20	290	26,66	1 089	1,04
revmatologické	3	14	15,65	89	0,08
diabetologické	2	21	37,54	57	0,05
gastroenterologické	5	36	22,33	159	0,15
geriatrické v akutní péči	11	42	9,67	430	0,41
pneumologické a ftizeologické	42	222	15,96	1 390	1,32
nefrologické	3	23	25,80	88	0,08
klinické hematologie	7	53	27,95	190	0,18

oproti jeho současné podobě (jednalo by se jak o technické vybavení, tak především o personální obsazení, protože současné počty superspecialistů by nemohly naplnit nově vznikající superspecializovaná centra).

3.2 Ambulantní interna

Ambulantní internista má v péči všechny nemocné, kteří jsou polymorbidní a pro závažnost a komplikovanost svého onemocnění přesahují kapacitu péče praktického lékaře, na druhé straně však nevyžadují péči superspecialisty. Příkladem takového pacienta budiž diabetik 2. typu s vyvinutými komplikacemi, který vyžaduje kombinaci léčby PAD, není však indikován k intenzifikované léčbě inzulinem či inzulinovými analogy.

Internista využívá konziliárního vyšetření u superspecialisty (včetně možnosti instrumentálního vyšetření, jakými jsou gastroscopie nebo echokardiografie). Dlouhodobě a pravidelně však o nemocného pečuje internista.

Internista slouží také jako konziliární lékař pro praktického lékaře, kterému pacienta po navržení terapie vrací do pravidelné péče.

Zvláštní postavení budou mít internisté, kteří mají současně se všeobecnou internou i další superspecializaci typu internista endokrinolog, internista angiolog apod.

Ambulantní interna zastřešuje i některé komplexní programy, jako je například systém center pro léčbu tabákové závislosti.

3.3 Primární péče

Perspektivně by bylo vhodné, kdyby všeobecný internista alespoň částí své pracovní náplně přesáhl i do oblasti primární péče. I když je cesta rekvalifikace z vnitřního lékařství na praktického lékaře v současné době usnadněna, je třeba přijmout opatření k přímému vstupu internistů (alespoň některých vybraných) přímo do primární péče.

3.4 Superspecializace

Z původního oboru vnitřní lékařství se oddělily samostatné „superspecializované“ obory, pro které zůstává s internou v současné době společný, prakticky ve všech případech, interní kmen ve vzdělávání, další naplní se však již začíná lišit.

Pro některé (ambulantní) internisty může být i v budoucnosti zajímavá výše zmíněná představa „internista+“ tedy např. internista diabetolog, internista revmatolog apod.

Superspecializované obory budou internisty využívány ke konziliárnímu a superkonziliárnímu vyšetření, někteří oborově, tedy orgánově specifictví nemocní mohou být předáváni do trvalé péče superspecialisty. V případě pouhého superkonziliárního vyšetření (spojeného třeba s instrumentálním vyšetřením a jeho interpretací) zůstane nemocný nadále v péči internisty. Ten by také měl mít možnost předepsat veškerou doporučenou medikaci (viz níže).

4 SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI OBORY

Vnitřní lékařství ve smyslu původního základního oboru spolupracuje a bude spolupracovat především s obory, které z něj vzešly a z nichž některé jsou již zcela samostatné. Patří sem zejména tyto obory: angiologie, diabetologie, endokrinologie, ftizeologie, gastroenterologie, gerontologie, geriatrie, hematologie, hepatologie, kardiologie, nefrologie, obezitologie, onkologie, pneumologie, revmatologie a dále obory zabývající se aterosklerózou, hypertenzí, léčbou a studiem bolesti, metabolickým onemocněním skeletu, metabolickým syndromem, klinickou výživou a intenzivní metabolickou péčí, transplantací léčbou a dalšími.

Je třeba, aby všichni, tedy i superspecialisté měli kvalitní interní základ, který by měl zaručit minimálně společný interní kmen.

Interní medicína je obor, který je ze své podstaty založen na multioborové spolupráci. Jak ambulantně, tak v nemocniční péči bude interna spolupracovat nejen s obory zmíněnými výše, ale také s obory chirurgickými. Tato spolupráce musí být ale maximálně vyvážená, interní oddělení řeší problematiku interních onemocnění a nemůže sloužit k doléčování stavů po operaci ani není oddělením observačním pro chirurgický obor.

4.1 Preskripce a její omezení

Internista je lékař specialista, jeho specializací je diagnostika a léčba. Těžiště terapie v interní medicíně leží v oblasti farmakoterapie, proto je nezbytné, aby měl internista k dispozici co nejširší armamentárium léků. Je třeba zajistit, aby se preskripční omezení netýkala internistů. Všechny léky (s výjimkou léků centrových), které předepisují obory původně z interny vzešlé, musí být dostupné internistovi. S tím souvisí i odpovídající rozpočet finančních prostředků.

5 VZDĚLÁVÁNÍ

Vzdělávání internisty se znovu dělí do několika oblastí. Základem je interní kmen s následnou přípravou pro práci internisty stanovenou akreditační komisí pro obor vnitřní lékařství.

Je samozřejmě možné, aby atestovaný internista získal další kvalifikaci a stal se výše zmiňovaným „internistou“.

Aniž by tento materiál chtěl zasahovat do kompetencí dalších oborů, je potřeba zdůraznit fakt, že z hlediska zajištění komplexní kvalifikované péče je nezbytná široká interní příprava i pro mnohé další obory. Tato široká příprava navíc zajistí vyšší mobilitu pracovní síly lékaře mezi jednotlivými obory.

Medicína je samozřejmě jedním z oborů, které vyžadují celoživotní vzdělávání a toto akreditované vzdělávání musí být vyžadováno i od lékařů internistů.

6 EKONOMICKÉ ASPEKTY

Interní péče, a to jak ambulantní, tak lůžková přináší nezanedbatelné ekonomické profity. Ve srovnání se superspecializovanou péčí spočívá úspora jednoznačně ve snížení počtu návštěv u lékaře (pokud 4 nemoci pacienta vyřeší 1 lékař, je to jistě ekonomičtější, než když pacient navštíví 4 zdravotnická zařízení s každou chorobou zvlášť). Je jisté i k další ekonomické úvaze, nakolik každá návštěva superspecialisty bude znamenat další vyšetření (která byla třeba již úvodně provedena, specializovaná vyšetření a možná i preskripci navíc). Preskripce léků pouze jedním lékařem povede k omezení polypragmatie. Internista musí být ale dostatečně ekonomicky zajištěn (ať už se jedná o ambulantní nebo lůžkové zařízení), aby nebyl limitován v indikaci racionálního diagnostického nebo terapeutického postupu, tak, jak se vyžaduje u superspecialisty. Je třeba znovu zdůraznit, že síť interních zařízení je ve srovnání s ostatními specializovanými zařízeními řádově nejrozsáhlejší a její restrukturalizace směrem k vysoce specializovaným oddělením by byla nesmírně nákladná. Toto tvrzení však neznámá, že by neměla superspecializovaná zařízení vznikat v případech, v nichž si jejich vznik vynutí přímo vývoj oboru a znalostí.

7 ROZVOJ, VÝZKUM A VÝVOJOVÉ TRENDY VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ

7.1 Hlavní programy oboru

Obor vnitřní lékařství přispívá k realizaci programů superspecializovaných oborů svou integrační funkcí. Jednotlivé související obory se zabývají patogenetickými jednotkami do větší hloubky, zatímco obor vnitřní lékařství je spojuje do funkčního celku, který slouží zejména jejich integraci a diferenciální diagnostice.

Hlavním programem je zaměření na primární a sekundární prevenci onemocnění hromadného výskytu (hypertenze, ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, diabetes mellitus, hyperlipoproteinemie, kolorektální karcinom, onemocnění dýchacích cest včetně bronchiálního astmatu atd.), jejich vzájemné sdružení a multiorganové postižení, stejně tak jako podíl na realizaci programů souvisejících interních oborů.

7.2 Priority výzkumu, výzkumná pracoviště

Výzkum ve všech úsecích vnitřního lékařství je důležitým předpokladem pro další rozvoj oboru. Je realizován především ve fakultních nemocnicích, lékařských fakultách, v odborných a léčebných ústavech MZ ČR a na interních odděleních regionálních nemocnic.

Česká internistická společnost jako institucionální představitel oboru vnitřní lékařství předkládá ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi návrhy na Doporučení diagnostických a léčebných postupů (guidelines) a návrhy na Metodické pokyny.

7.3 Systém kontroly kvality poskytované péče v oboru

Na odborné kontrole úrovně poskytované léčebné péče by se měly podílet i odborné společnosti a ČLK, včetně práva na udělení nebo odejmutí funkční licence v dané odbornosti.

7.4 Srovnání oboru se zahraničím

Vnitřní lékařství v ČR má podobné problémy jako v zahraničí. Vývoj směrem k dalšímu členění na superspecializace již v řadě zemí proběhl. Tam, kde došlo k přehnanému zdůraznění péče orientované na specialisty, došlo ke snížení efektivity vynaložených prostředků bez odpovídajícího zlepšení ukazatelů zdravotního stavu. Efektivita je dokonce tím horší, čím větší je počet specialistů na počet obyvatel (viz příloha 3). V řadě států (např. v USA a SRN) nastal již opačný vývoj

s důrazem na všeobecné znalosti internisty s motem „internista – lékař pro všechny vaše potíže“. Z tohoto hlediska se jeví jako nanejvýš důležité v budoucnu zařadit internisty do systému primární péče pro komplikované a polymorbidní nemocné.

Je třeba připomenout, že asi 70 % nemocných s interními chorobami může kvalifikovanou péči poskytnout široce erudovaný internista a pouze 30 % nemocných vyžaduje odbornou péči superspecialistů, a to především v případech, v nichž je potřeba invazivních a intervenčních výkonů.

Lze také konstatovat, že odborná úroveň vnitřního lékařství v oblasti nemocniční péče v ČR je v současnosti srovnatelná se zahraničními pracovišti.

7.5 Očekávané trendy v příštích letech

Budou zaváděny stále nové diagnostické a léčebné metody s použitím moderních a ekonomicky náročných technologií.

Lze očekávat pokračující trend ke zvyšování průměrného věku a stárnutí populace, a tím i narůstání nároků na péči v oblasti vnitřního lékařství.

Proto bude třeba pečlivě zvážit očekávané snižování počtu akutních, neprofilovaných interních lůžek, přesun péče na profilované JIP a lůžka interních podoborů, včetně přesunu péče do ambulantních zařízení a zřizování stacionářů.

V ambulantní péči předpokládáme uplatnění internistů jako lékařů primární péče, což bude levnějším řešením pro narůstající potřeby polymorbidní a stárnoucí populace, sníží nutnost opakovaných návštěv jednotlivých specialistů a tendenci k polypragmazií.

8 MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE

Česká internistická společnost zařazuje spolupráci české interní medicíny v rámci Evropské federace interní medicíny (European Federation of Internal Medicine – EFIM). Důkazem této spolupráce může být Evropský internistický kongres pořádaný v Praze v roce 2013 i pravidelná spolupráce pracovní skupiny mladých internistů v rámci letní i zimní školy interní medicíny. Dílčí mezinárodní spolupráce je navázána i mezi jednotlivými fakultními i regionálními interními odděleními a partnerskými organizacemi v zahraničí.

Česká interní medicína vychází z doporučení EFIM i při realizaci některých základních programů této evropské organizace. Příkladem

je vytvoření systému péče o nemocné se vzácnými onemocněními v dospělém věku (program Rare Diseases).

ZÁVĚR

Interní medicína se může významně podílet v rámci svých kompetencí a ve spolupráci s registrujícími všeobecnými praktickými lékaři (VPL) na komplexní péči o pacienty trpícími v primární péči nevládnutelnými interními onemocněními. Poskytuje tak českému zdravotnímu systému možnost dalšího rozvoje komplexní péče o stárnoucí polymorbidní populaci.

Cesta, kterou nabízí interna, je reálná, ekonomicky schůdná, vychází z dlouholeté tradice. Již v současné době má vytvořeny personální i materiálně-technické podmínky pro udržení a zlepšení zdravotního stavu naší populace.

PŘÍLOHA Č. 1

Pacient v péči ambulantního internisty

Pacientem ambulantního internisty je především polymorbidní pacient, který má nejméně 2 až 3 závažná onemocnění, nebo pacient s jedním onemocněním, které je komplikované nebo diagnosticky či terapeuticky složité. Pacientem internisty budou i nemocní, u kterých základní diagnostický postup nepovede ke stanovení diagnózy a je vyžadován složitější diagnostický postup.

Internista:

- převezme nemocného komplexně do své péče a dispenzarizuje ho po dohodě s VPL
- nemocného konziliárně vyšetří a odesílá po stanovení diagnózy zpět do péče praktického lékaře (kontrola u internisty dle potřeby)
- odesílá nemocného do trvalé péče praktického lékaře s podmínkou, že nemocný bude kontrolován 1krát za 6 měsíců až 1krát za rok u internisty
- pečuje o nemocného, ale toho současně odesílá k superkonziliárním vyšetřením (především k vyšetření zobrazovacími metodami, k invazivním výkonům) k superspecialistovi
- předává do péče superspecialisty
- odesílá nemocného k hospitalizaci

PŘÍLOHA Č. 2

Pacient na interním nemocničním lůžku

Příjem nemocných

V nemocnicích různého typu jsou budována příjmová oddělení, která mohou mít charakter centrálního příjmu společného pro chirurgické i nechirurgické obory, nebo v mnoha nemocnicích vzniká tzv. **společný příjem interních nemocných**. Toto oddělení (respektive nechirurgická část centrálního příjmu) musí být plně v gesci interního oddělení dané nemocnice nebo bude samostatným interním příjmovým oddělením. Pacient se na toto oddělení může dostat následujícím způsobem:

- odeslán ošetřujícím lékařem
- přivezen RZP
- přichází sám při zhoršení zdravotního stavu

Příjem:

- diferenciální diagnostika obtíží, stanovení pracovní diagnózy
- provedení základních diagnostických a terapeutických opatření
- zahájení léčby
- rozhodnutí o přijetí, či nepřijetí k hospitalizaci
- rozhodnutí o směřování pacienta podle typu onemocnění/zaměření oddělení
- urgentní případy, transport, superspecializovaná péče

Lůžkové oddělení

Pacient je přijímán na lůžkové oddělení, které může být obecně interní, diagnostické i terapeutické, oddělení může být oborově zaměřené.

Příjem na lůžkové oddělení:

- akutní situace, urgentní příjem, někdy přímo RZS
- doporučení ošetřujícího lékaře
- překlad z jiného oddělení nemocnice

JIP

- koronární jednotka
- jednotka intenzivní metabolické péče
- víceoborová JIP
- superspecializovaná JIP

PŘÍLOHA Č. 3

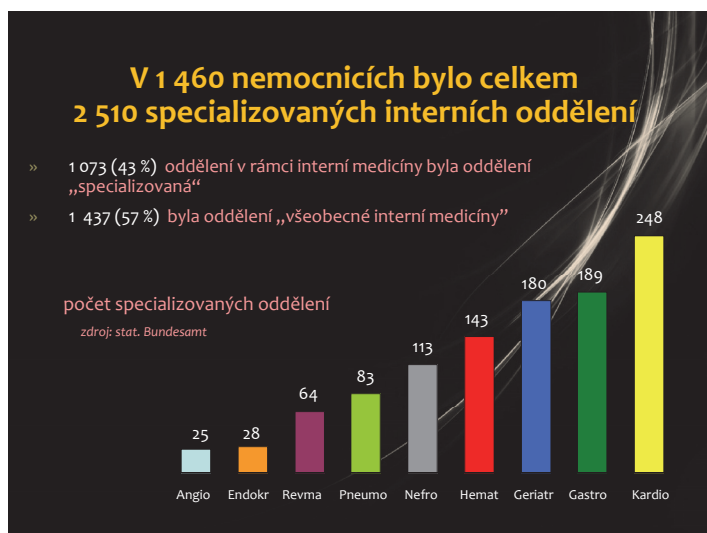
Německá zkušenost

Interní medicína v Evropě

Německý zdroj: Statistická ročenka DGIM
Fact Book DGIM (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin)



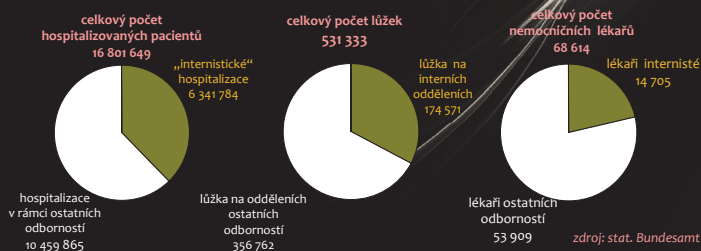
Petra-Maria Schumm-Draeger
Städtisches Klinikum München GmbH
Klinikum München Bogenhausen
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie
EFIM Conference Luzern, 23.-25.9.2010



Interní medicína je v Německu nejrozsáhlejší odborností zaujímající čelní místo v nemocniční péči o pacienty

Specifika interní medicíny

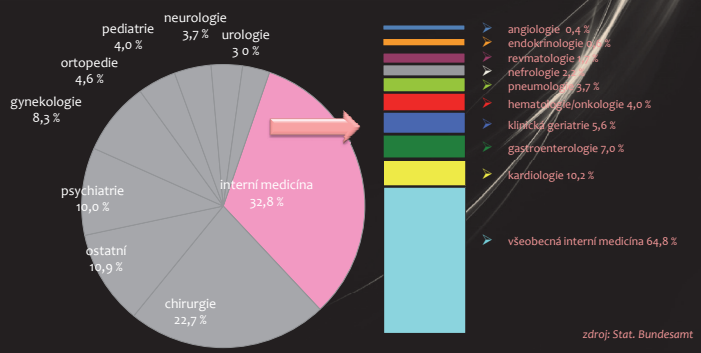
- » léčí 37,7 % všech hospitalizovaných pacientů
- » zajišťuje péči na více než 32,8 % všech nemocničních lůžek
- » věnuje se jí 21,4 % všech lékařů specialistů v nemocniční péči



Počet lůžek pro hospitalizované pacienty

65 % lůžek v oblasti interní medicíny není přiděleno ostatním odbornostem

Ze 175 000 lůžek určených interní medicíně je pouze 62 000 přiděleno specializovaným oborům



Počty hospitalizovaných pacientů kardiologie = nejpočetnější odbornost: 15,5 % případů

Z 6 342 000 případů z oblasti interní medicíny
38,7 % případů příslušelo specializovaným interním oddělením;
61,3 % případů příslušelo „všeobecné interní medicíně“

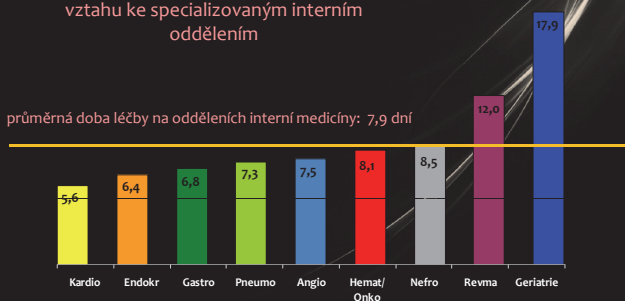


zdroj: stat. Bundesamt

Průměrný počet dní nemocniční péče v interní medicíně se pohybuje v rozmezí mezi 5,6 dny (kardiologie) až 17,9 dny (geriatrie)

průměrná doba léčby ve dnech ve
vztahu ke specializovaným interním
oddělením

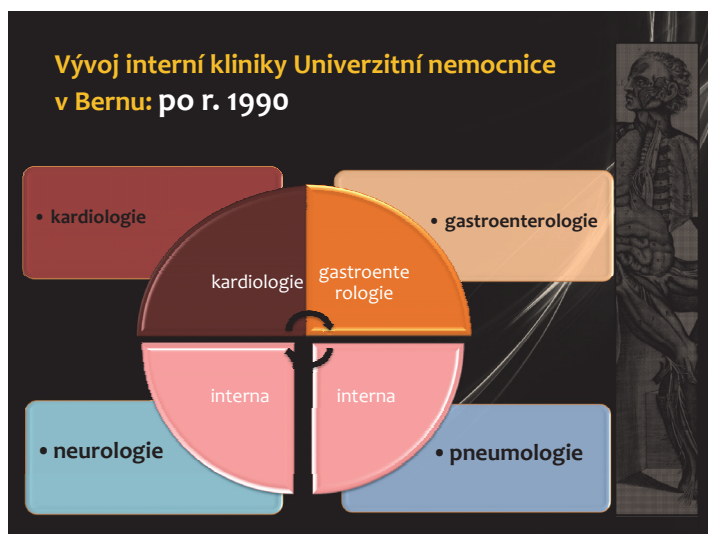
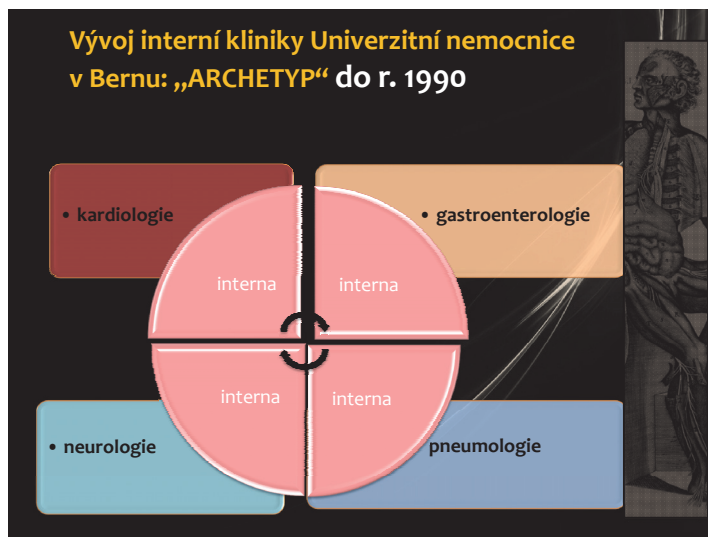
průměrná doba léčby na odděleních interní medicíny: 7,9 dní



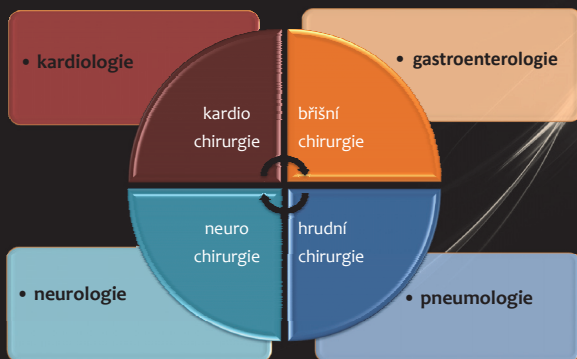
zdroj: stat. Bundesamt

PŘÍLOHA Č. 4

Švýcarská zkušenost



Vývoj interní kliniky Univerzitní nemocnice v Bernu: po r. 2000



Praktik se ptá: Kam s pacientem? ☹

- 80 % nemocných indikovaných k hospitalizaci má chronické onemocnění
- 50 % nemocných má nejméně 2 onemocnění současně

Můj pacient

- má DM₂T
- selhává kardiálně
- ale také ho bolí klouby
- má subfebrilie a zvrací

Kam s ním?

... .. pacienti jsou odesíláni do jiných nemocnic

Vývoj interní kliniky Univerzitní nemocnice v Bernu:
2010 (160 lůžek všeobecné interny)

