

LIST REDAKCII

Vážená redakcia,

prečítal som si jeden a pol strany „Od Vnútrošného lekárstva ku kardiológii“ v časopise Kardiológia (Cardiol 2007;16:K/C50–51) od Prof. Balažovjeha. Myslím, že som rozumel článku. Pripájam niekoľko myšlienok.

Keďže Prof. Balažovjeh viedol dlhé roky internú kliniku a vyrástol na nej, bol členom výboru Slovenskej internistickej spoločnosti (SIS), tak ma prekvapili údaje v druhom odseku. Je to problém, ale internista (II. stupeň) má byť schopný „integrovať“ veľkú internu a chápem, že každý z nich má aj rád svoje „políčko“ (napríklad kardiológiu).

Keďže naši pacienti sú dnes starší, majú viac chorôb a veľa liekov, často diabetes, renálnu či inú orgánovú dysfunkciu atď. ... nemyslím si, že by bol u internistu v nedobrych rukách. Ten tiež vie, kedy pacient iste patrí k špecialistovi. Nie je to ale dnes často tak, že špecialisti práve tých polymorbidných a starších veľmi „nechcú“? A vlastne ich ochraňuje, lieči a s nimi prežíva ich choroby internista? (II. stupeň).

Pravdou je, že medicína sa atomizuje, ale musí vzniknúť nový rovnovážny stav medzi super špecialistami a generalistami (internistami), a to v prospech tej druhej skupiny – od toho totiž závisí normálny chod zdravotníctva v teréne. Dokonca niektoré špecializácie v malom štáte ani nemusia byť (pre niekoľkých chorých).

Vo štvrtom odseku na konci je asi chybné uvedenie, že hypertenziológ sa stará o diabetes a opačne. Hypertenzia asi pre rozvoj odboru potrebuje špecializáciu, ale myslím, že ju má ovládať pri diagnostike a liečbe aj praktík, určite internista a ďalší špecialisti (napríklad nefrológ a pod.), a hypertenziológovi patria komplikované stavy, rezistentné stavy, predoperačné

stavy? napríklad pri riešení feochromocytómu (a kde taký nie je, často to rieši a vie riešiť internista).

Otázka internej (II^o) a špecializácií je neľahká. Myslím, že interna je špecializáciou tiež (II^o) a je nesprávne, že každý „špecialista“ čiastkového odboru je (skutočne je správne?) i internistom (hoci má len I^o). Potom by sme správne mali oveľa menej internistov, ale ich hodnota (na trhu práce, povedané dnes moderne, t. j. ekonomickou terminológiou) by bola vyššia a asi i starostlivosť o pacientov lepšia.

O otázke koncepcie vnútrošného lekárstva sa opakovane diskutovalo na výboroch SIS. Prof. Balažovjeh sa týchto výborov zúčastňoval, bol prodekanom, prednášal na IVZ – mal dosah na koncepciu. Prof. Ďuriš a spol. ju prezentovali, schválili a dali k dispozícii Ministerstvu zdravotníctva SR. Domnievam sa, že skôr nechota mať internistov „na trhu práce“ je v pozadí problému – konkurencia – internisti prekážajú špecialistom.

Ekonomickú stránku života kardiológa hodnotiť nechcem, na to sú povolanejší. Avšak máme mnoho mladých lekárov v Čechách a inde vo svete, niektorí odchádzajú pracovať do rozličných firiem. Podobne je to so sestrami (o ktorých som už viackrát písal) – výsledok vývoja ekonomiky práce kardiológa, či internistu dnes neviem predvídať. Známý výrok Prof. Mikuleckého, nášho dlhoročného prednostu, bol „veci ponechané sami na seba idú od zlého k horšiemu“.

Nuž, premena zdravotníctva nás ešte stále čaká. Aj teraz je okolo nej veľmi rušno. Môže byť ešte aj horšie?

Prof. MUDr. Ján Murín, CSc.
I. interná klinika FN, Nemocnica Staré mesto