

Primární péče a sebepečce

MUDr. Lenka Dvořáková

odb.asistent Ústav ochrany a podpory zdraví

praktický lékař, Jihlavská 20, Brno

kontakt: mudr.dvorakova@gmail.com

Primární zdravotní péče

- ▶ skripta Soc.lék.II, str.77
- ▶ program „ Zdraví pro všechny do roku 2000 “ (konference WHO Alma - Ata)
- ▶ uspokojení základních zdravotních potřeb obyvatelstva
- ▶ poskytování zdraví podporujících, kurativních, rehabilitačních a podpůrných služeb
- ▶ širší pojetí primární péče - komunitní rozměr

Cíl prim. zdravotní péče

- ▶ působit v rodinách, domácnostech a ve zdravot. zařízeních, dosáhnout kontaktu s každým, kdo potřebuje pomoc ve zdravotních nesnázích
- ▶ minimální soubor aktivit (primární, sekundární i terciární péče) souvisejících s podporou zdraví, s ochranou zdraví, léčením a ošetřováním
- ▶ dnes **ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Primární péče

Definice:

- ▶ soubor aktivit, které souvisejí s podporou zdraví, vyšetřováním a léčením, ošetřováním a rehabilitací
- ▶ kontinuální a komplexní péče
- ▶ bio-psycho-sociální rozměr
- ▶ komunita

Poskytovatelé primární péče:

- ▶ praktický lékař pro dospělé (PL)
- ▶ praktický lékař pro děti a dorost (PLDD)
- ▶ reg. ambulantní gynekolog
- ▶ reg. stomatolog
- ▶ rodinný lékař
- ▶ agentury domácí péče
- ▶ lékařská služba první pomoci (LSPP)
- ▶ lékárenská pohotovostní služba

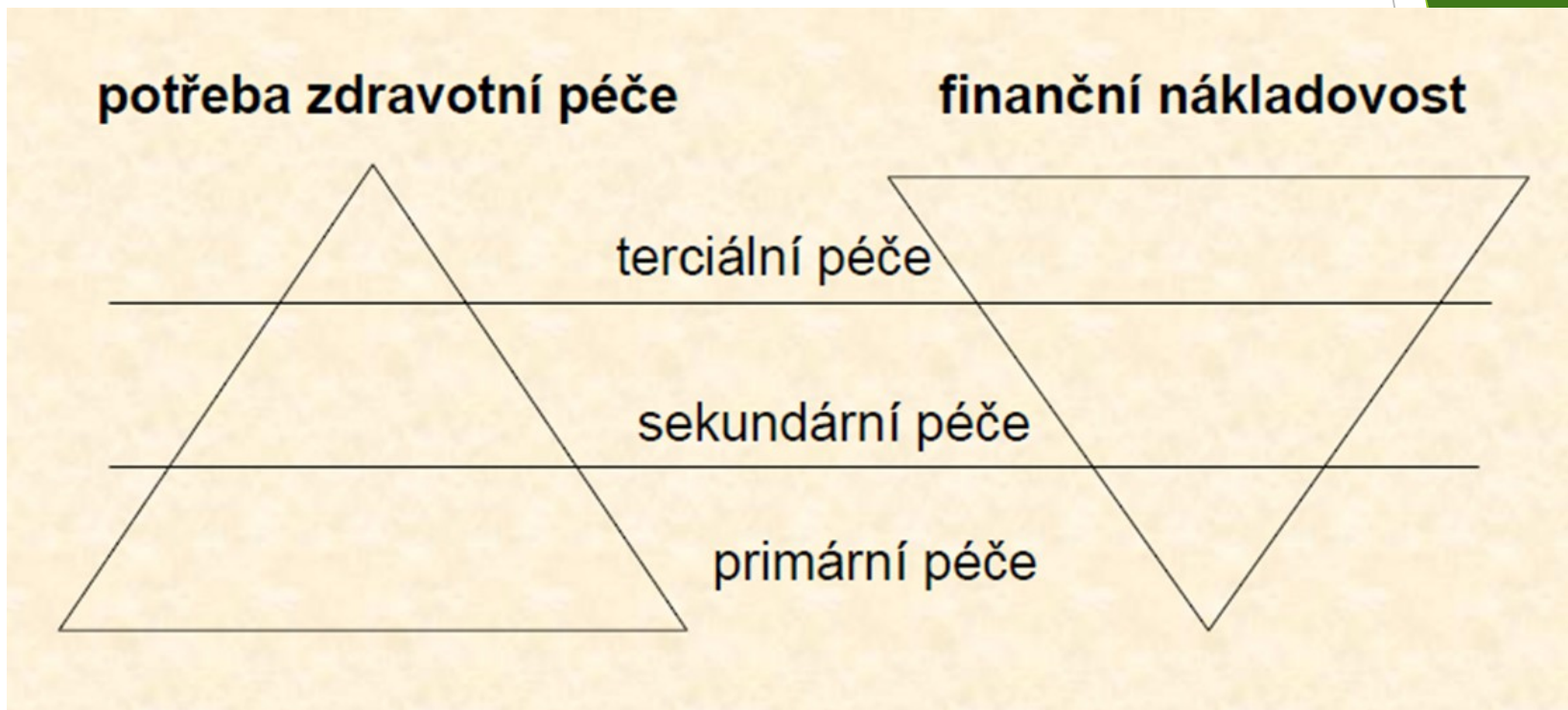
Předpoklady:

- ▶ první kontakt se zdravotnickou službou - lékař „první linie“
- ▶ všeobecná dostupnost (ekonomická, geografická, časová)
- ▶ kulturní přijatelnost
- ▶ koordinace dalších zdravotních služeb
- ▶ kvalita, odbornost

Obsah:

- ▶ podpora zdraví, **prevence** nemocí
- ▶ **kurativa** - vyšetřování, léčení
- ▶ ošetřování, rehabilitace
- ▶ zdravotně-sociální úkony
- ▶ koordinace návazné zdravotní péče (sekundární, terciární)
- ▶ zajištění pracovně lékařských služeb

Postavení v systému zdravotní péče



Zajištění:

- ▶ zdravotní střediska (bývalé územní obvody)
- ▶ polikliniky
- ▶ jednotlivé ordinace
- ▶ řetězce „Moje ambulance“
- ▶ závodní lékaři (velké firmy, výrobní provozy)

2.1 Lékaři podle hlavního oboru činnosti, věkových skupin a pohlaví

TYP: A

Hlavní obor činnosti	Věková skupina										Celkem
	-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	
	muži										
tělovýchovné lékařství	1	1	1	2	1	3	7	5	1	1	23
lékařská genetika	2	2	4	5	1	3	3	5	1	2	28
posudkové lékařství	-	-	-	1	6	14	30	34	25	29	139
perinatologie	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	3
nefrologie	3	8	8	9	11	17	18	4	-	3	81

2.1 Lékaři podle hlavního oboru činnosti, věkových skupin a pohlaví

TYP: A

Hlavní obor činnosti	Věková skupina										Celkem
	-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	
	ženy										
tělovýchovné lékařství	-	-	1	1	1	-	1	2	6	2	14
lékařská genetika	4	8	10	20	6	9	12	5	3	3	80
posudkové lékařství	-	2	13	21	22	29	70	49	60	35	301

Průměrný věk lékařů za vybrané hlavní obory činnosti v roce 2012

Hlavní obor činnosti	Muži	Ženy	Celkem
Vnitřní lékařství	46,9	41,8	44,1
Chirurgie	48,2	42,4	47,2
Gynekologie a porodnictví	51,3	44,8	48,3
Anesteziologie a intenzivní medicína	42,3	41,3	41,8
Neurologie	46,6	44,8	45,4
Psychiatrie	48,4	46,2	46,9
Radiologie a zobrazovací metody	47,4	45,2	46,1
Oftalmologie	46,8	47,3	47,2
Dětské lékařství	47,5	40,4	42,4

Financování:

- ▶ kapitace (indexace dle věku pojištěnců)
- ▶ platba za výkony (preventivní prohlídky, očkování, dia dispenzarizace)
- ▶ přímé platby - administrativní úkony, řidičské a zbrojní průkazy, prohlídky do zaměstnání, očkování (hradí pojištěnci)

Vztah PL x specialisté I

- ▶ specialisté stále poskytují řadu služeb, které by mohli poskytovat PL
- ▶ duplicita, zbytečné úkony, pravděpodobně neúčinné
- ▶ gate-keeping (spotřeba finančních nákladů)
- ▶ nutná nejen změna soustavy prim. péče, ale taktéž soustavy celého zdravotního systému

Vztah PL x specialisté II

► „doporučení“, která vyš. má PL provést:

a) pro potřebu specialistů - pac. má cestou PL a na jeho náklady absolvovat vyšetření, o jejich nezbytnosti je specialista přesvědčen a s výsledky pak přijít ke kontrole ke specialistovi

b) specialista doporučí, co by dle jeho názoru měl PL došetřit a výsledky ani nepožaduje

Vztah PL x specialisté III

- ▶ charakter praxe (lékař-sestra vs týmová praxe - recepční, dělba práce mezi sestry a lékaře, profilace jednotlivých lékařů v praxi, větší soběstačnost praxe včetně aplikace infuzí, zajištění domácí péče, důraz na komunitu, samostatná práce sester s VŠ vzděláním, sdílení zkušeností, zastupitelnost, kontrola kvality, vyhoření)
- ▶ finanční limity realizace v ČR

čím „úkolují“ specialisté PL

- ▶ předoperační vyšetření (práce, náklady, zodpovědnost, čas, finanční zisk 0)
- ▶ vystavování PN (úraz, zubní ošetření)
- ▶ PN má za povinnost vystavit ošetřující lékař!!
- ▶ vystavování LL, které specialista doporučí

Běžný polymorbidní pacient

- ▶ dg. hypertenze (I10) - disp.interna
- ▶ dg. DM II na PAD (E119) - disp.diabetologie
- ▶ dg. hypofce štítnice (E039) - disp.endokrinologie
- ▶ dg. chron VAS (M548) - disp.neurologie
- ▶ frekvence návštěv u každého specialisty á 3-6 M!!!
- ▶ mezitím k PL pro léky, které naordinovány specialisty, ale už došly...

Preventivní péče v ordinaci PL

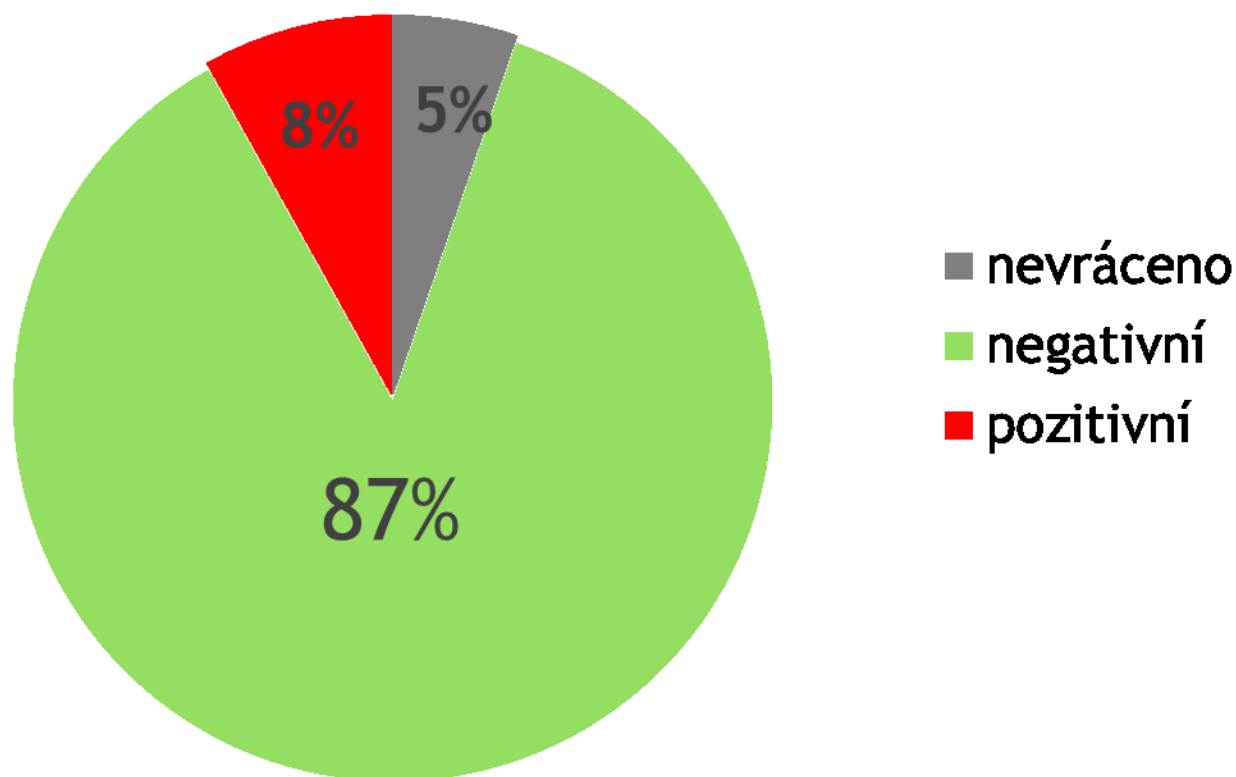
- ▶ změny věk. složení a charakteru nemocnosti
- ▶ **demografický transit**
(porodnost, úmrtnost)
- ▶ **epidemiologická transformace**
(dříve převaha infekčních nemocí, nyní chronické nemoci - KVO, diabetici, onko)

Skríning

- ▶ sekundární prevence
- ▶ vyhledání nemoci v subklinické (latentní) fázi v populaci zdánlivě zdravých osob
- ▶ pomocí jednoduchého testu (FOB)
- ▶ doplnění diagnostického testu (kolonoskopie)
- ▶ následná intervence (léčba)

Výsledky v naší ordinaci červen 2014 - únor 2015

Výsledky - celkem 246 FOB testů



Důvody návštěvy lékaře

- ▶ biologická potřeba
- ▶ kulturní dispozice
- ▶ psychická dispozice
- ▶ administrativní úkony - samoplátce
- ▶ zdravotně - sociální úkony (LL, vyšetření pro MSSZ)
- ▶ vystavení PN pro lékaře jiných odborností
- ▶ vystavení „žádanek“ pro lékaře jiných odborností
- ▶ předoperační vyšetření

Vyšetření

- ▶ somatický stav
- ▶ psychosociální („nechat vypovídat“)
- ▶ anamnéza půlka diagnózy
- ▶ projev zájmu, naslouchání, vysvětlování, přesvědčování, povzbuzování

Konflikt zájmů lékař vs pacient

- ▶ odlišné chápání pojmu potřeby, odlišná očekávání
- ▶ lékař: biologický pohled, hledání organických abnormalit, stanovení diagnózy
- ▶ pocit nadužívání služeb, banální požadavky, nemístné obtěžování
- ▶ pacient: žádá osobní účast lékaře, komplexní uspokojení potřeb

Vlivy na počet ošetřených pac v ordinaci PL /den

- ▶ průměrně ošetřeno 35-50 pac. denně
- ▶ požadavky **specialistů**
- ▶ **zdravotní politika státu** - strategie proplácení PN, zrušení regulačních poplatků
- ▶ nárůst počtu pacientů v ordinace potom vede ke snížení časové dotace na jednoho pacienta, tím pádem chybí prostor na edukaci, „věnovat se“, realizace bio-psycho-sociální modelu

Nutnost regulace zdravotních služeb

- ▶ zvýšená **dostupnost** zdravotních služeb
- ▶ zvýšená **intenzita** jejich využívání - lidé stále častěji navštěvují lékaře, požadují více pozornosti, více vyšetření, více léků
- ▶ lidé vnímají jako závažné i takové stavy, kterým dříve nepřikládali důležitost - změna **hodnotových postojů**
- ▶ „vnímaná nemocnost“
- ▶ roste počet ošetření, diagnostických a léčebných výkonů
- ▶ část **odpovědnosti za zdraví** musí převzít každý občan, rodina, škola

Model péče

- ▶ tradiční biomedicínský model
- ▶ bio-psycho-sociální model
- ▶ důraz na prevenci, zdravotní výchovu

Subjekty péče o zdraví

- ▶ občan - životní styl
- ▶ společnost - sociální a zdravotní politika
- ▶ zdravotnictví

Zdravotní výchova I

- ▶ definice: výchova obyvatelstva ke zdraví
- ▶ chování lidí má nesmírný vliv na zdraví
- ▶ životní styl - podíl na úmrtnosti osob
 - podíl na „ztracených“ rocích

- ▶ cíl: osvojení a udržení pozitivních zdravotních zvyklostí

Zdravotní výchova II

- ▶ společenská odpovědnost
- ▶ význam narůstá
- ▶ dříve protiepidemická opatření realizovaná státními a úředními orgány (sanitární opatření, vodovody, kanalizace)
- ▶ nyní s převahou chronických onemocnění - osvojení si zdravého způsobu života

Zdravotní výchova III

- ▶ **odpovědná osobní účast**
- ▶ **spíše než o snížení úmrtnosti úsilí o zvýšení kvality života**
- ▶ **zdravotní gramotnost**

Laická péče

- ▶ laická péče - občané sami sobě, vzájemně
- ▶ sebe-péče - neorganizované zdravotní aktivity jednotlivců
- ▶ dobrovolníci - občané organizovaní v dobrovolných organizacích
- ▶ svépomocné skupiny - vzájemná pomoc a překonání společných zdravotních problémů (emociální, sociální, materiální podpora)
- ▶ organizace vzájemné pomoci a nátlakové skupiny

The rising importance of family medicine

dr. Margaret Chan, general director WHO, WONCA conference Prague 2013

- ▶ with the rise of chronic diseases, the swing is now firmly in the direction of integrated, comprehensive, people-centred primary care. As health professionals now recognize, these diseases cannot be prevented or managed in the absence of a strong primary care infrastructure.
- ▶ a health system where primary care is the backbone and family doctors are the bedrock delivers the best health outcomes, at the lowest cost, and with the greatest user satisfaction.

- ▶ One statistic makes the point. In some countries where chronic diseases are the principal health burden, family doctors manage 95% of the health problems while absorbing only 5% of the health budget
- ▶ Studies show that patients want care that is accessible and affordable. Above all, they want care that responds to them as people, in their unique family and social situations. **People do not want to be treated like a collection of specialized body parts. They don't want to have bits and pieces fixed. They want to be treated as people with social and spiritual lives.**
- ▶ Health systems must have specialists and hospitals, of course. But they must also have primary care doctors who care about prevention. They must have doctors who know their patients long enough and well enough to truly manage the totality of health in all its multiple dimensions, including mental and spiritual needs.

- ▶ The dignity which every human being has at birth vanishes so easily in the labyrinth of high-tech, specialized, and depersonalized medical care. For patients, being able to talk to a doctor and undergo a professional examination has therapeutic value but also social value as a ritual.
- ▶ Technology and computers can never substitute for the human side of the doctor-patient relationship. A long-term relationship that instils trust builds motivation. Motivated people are the ones most likely to accept personal responsibility for maintaining good health.

- ▶ Primary care is our best hope for the future. Family doctors are our rising stars for the future.
- ▶ Out of the ashes built up by highly specialized, dehumanized, and commercialized medical care, family medicine rises like a phoenix, and takes flight, spreading its comprehensive spectrum of light, with the promise of a rainbow.
- ▶ This is the ancient historical covenant between doctors and patients, and this is where the health and medical professions need to return. I encourage all of you to continue to cultivate the human side of medicine.

Úloha PL do budoucna

- ▶ prevence a podpora zdraví
- ▶ zachování kontinuity péče
- ▶ průvodce v nabídce zdravotních služeb
- ▶ koordinace zdravotních služeb „gate-keeping“
- ▶ rozvoj týmová praxe, důraz na komunitu
- ▶ zvýšení osobní odpovědnosti občana za vlastní zdraví
- ▶ PL jako základní a integrující článek celého systému