

Rodinné lékařství I

Magisterské studium
zdravotních věd

Historie rodinného lékařství I

- bylinkáři – praktičtí lékaři, internisté
- ranhojiči – chirurgové
- porodní báby – gynekologové
- 1780 - Společnost praktických lékařů ranhojičů, porodníků
- 1870 – Rakousko – uhersko – obecní, obvodní a městští lékaři – péče o zdraví svěřené populace, ochrana před epidemiemi, dohled nad špitály, lékárnami a školami

Historie rodinného lékařství II

■ po I. světové válce

- rozvoj stomatologie – dentisté, kliniky
 - rozvoj porodnictví – více porodů lékařsky vedených – bohatší vrstvy, dostupnost nemocnic s rozvojem automobilizmu
 - praktičtí/rodinní lékaři – zajišťovali péči o obyvatele svěřeného území
- ## ■ 1948 – obvodní systém péče – povinnost navštěvovat „svého“ OL, vyčlenění gynekologie a pediatrie v primární péči

Historie rodinného lékařství III

■ rysy péče obvodních lékařů

- - více obyvatel v obvodu
- - důraz na specializovanou péči
- - geriatrické sestry
- - vedení skupin ČČK
- - dozor nad stravovacími prostory

Historie rodinného lékařství IV

■ po roce 1989

- - privatizace praktických lékařů a ambulantních specialistů
- - možnost volby praktického lékaře
- - systém pediatrické a gynekologické péče zachován
- - diskuze na téma rodinné nebo praktické lékařství?

Charta praktického / rodinného lékařství I

■ vydána Evropskou filiálkou WHO 1997

■ základní rysy

- - všeobecnost
- - dostupnost
- - integrovaná péče
- - kontinuální péče
- - týmová práce
- - holistický pohled

Charta praktického / rodinného lékařství II

■ základní rysy

- - osobní vztah
- - orientace na rodinu
- - orientace na společnost
- - koordinovanost
- - spolehlivost
- - obhajování klientů

Kompetence praktického lékaře

- praktický/rodinný lékař je odborníkem na primární péči
- kompetence jsou dány
- erudicí – LF, atestace, CME
- vybavením stacionárním a mobilním – EKG, peakflowmetr, drobné výkony, semikvantitativní metody
- administrativními zásahy zdravotních pojišťoven – limitace a penalizace

Optimální fungování PL

- odpovídající úroveň poskytované péče
- spokojenost registrovaných klientů
- minimální množství stížností
- snížení počtu chronicky nemocných
- snížení počtu invalidních

Praktický lékař a nemocný

- 1. „pane doktore, nikam mne neposílejte“
- 2. „proč bych chodil k praktikovi, stejně mě někam pošle“
- gate keeping
- kasuistika – nemocný s bolestmi hlavy o vlastní újmě obešel známého RTG laboranta – CT, NMR, známou sestřičku na očním, poté PL zjistil hypertenzi

Nemocný a PL

- diagnostika na vlastní pěst se protahuje a prodražuje
- nemocný má možnost volby PL
- PL může řešit i související problémy – sociální služby, spolupráce se samosprávou
- biopsychosociální diferenciální diagnostika

Obecný postup řešení problémů v praktickém lékařství I

- sběr informací a vytvoření hypotézy
- nejčastější chyba – práce s nekvalitní vstupní informací
- vytvoření hypotézy
- základní rysy hypotézy
 - zvažováno více systémů
 - postup od obecného ke specifickému
 - postup od nejpravděpodobnějšího
 - posouzení funkčních souvislostí

Obecný postup řešení problémů v praktickém lékařství II

- zjištění, co nemocný očekává
- vysvětlení plánu a léčby nemocnému – zdůvodnit, proč je hypotéza právě taková
- vytvoření terapeutického vztahu – zjistit reakci nemocného na vysvětlený problém, zjistit jeho ochotu spolupracovat

Metody práce používané v PL

- diagnostika
- léčba
- prevence primární, sekundární, terciární
- dispenzarizace
- návštěvní služba
- řešení urgentních situací
- posudková činnost
- pracovní lékařství
- řešení sociálních problémů klientů
- hygienický dohled
- ohledání mrtvých

Diagnostika

- anamnéza většinou dokonalejší
- fyzikální vyšetření limitováno vybavením
- dostupnost laboratorních metod
- dostupnost komplementárních vyšetření

Léčba

- rozhovor diagnostický i léčebný
- nefarmakologické metody
- medikamentózní léčba – sestavení konečného schématu, tabulky pro užívání
- ošetření drobných ran, v komplikovanějších situacích doprovod nemocného

Prevence

- primární – edukace, vakcinace
- sekundární – pravidelná preventivní vyšetření každé 2 roky – laboratorní vyšetření krve a moči, onkologický screening (prsy, varlata, p.r., štítnice, uzliny, gynekologie, stolice na OK), screening rizikových faktorů průběžně – pasivní kouření, stravování v rodinách, škodliviny
- terciární – již po proběhlé první atace choroby

Dispenzarizace

- podle charakteru onemocnění aktivní zvaní ke kontrolám – hypertonici, diabetici, nemocní s prekancerózami

Návštěvní služba

- nutnost rychlých rozhodnutí
- péče o chronicky nemocné
- seznámení se s prostředím

Řešení urgentních situací

- úrazy, autonehody, akutní psychózy, bezvědomí, akutní IM, akutní CMP – praktický lékař zajišťuje péči do doby příjezdu RZP, někdy i ošetření definitivní
- urgentní stavy během ordinačních hodin mnohdy znamenají i přerušování ordinace

Posudková činnost

- problematika krátkodobě a dlouhodobě práce neschopných
- vystavování tiskopisu pracovní neschopnosti
- sledování práce neschopných
- iniciování řízení o částečné nebo plné invaliditě
- změněna pracovní schopnost
- TP, ZTP, ZTP-P
- bezmocnost
- zdravotní způsobilost – zaměstnání, ŘP, zbraně, potravinářství

Pracovně lékařská práce

- význam pracovního lékařství stoupá – zátěž, stres, chemické vlivy, biologické vlivy, pracovní úrazy, choroby z povolání
- kompetence dány Mezinárodní organizací práce – prevence poškození zdraví z práce
- každá fyzická i právnická osoba musí mít závodního lékaře (kontrola orgány Hygienické služby)
- nevztahuje se svobodná volba

Řešení sociálních problémů klientů

- při zhoršující se soběstačnosti pomoc při řešení – pečovatelská služba, domácí péče, domovinky, stacionáře, penziony, domovy důchodců
- mnohdy je problémem odhalení nedostatků v sebepéči – PL při návštěvní službě

Hygienický dohled

- v epidemiologicky významných zařízeních dohlíží na hygienickou úroveň – školy, školní jídelny, restaurace, obchody, koupaliště
- nedostatky řeší ve spolupráci s provozovatelem, se samosprávou nebo hygienickou službou

Ohledání mrtvých

- konstatování smrti
- rozhodnutí o pitvě a jejím druhu
- nařizuje soudní pitvu
- je v kontaktu s rodinami zamřelých a pomáhá jim překonat kritické období
- osamělým pozůstalým pomáhá radou při organizaci pohřbu

Základní principy práce praktického/rodinného lékaře

■ **kontinuita péče**

- pacient je kontinuum, jednotlivá choroba je epizodou
- čas se pro lékaře stává pomocníkem
- pro lékaře specializované ambulance je choroba kontinuum, jednotlivý pacient epizodou

Komprehenzivita - celost

- praktický lékař vidí nemocného i nejen z hlediska biologicko – medicinského, ale i v jeho sociální a psychologické perspektivě
- praktický / rodinný lékař je v zemích s nepřerušenou dlouhodobou tradicí schopen samostatně řešit až 90% problémů svěřených klientů

Koordinace péče

- praktický lékař odesílá v případě potřeby svého klienta na specializovaná vyšetření
- názory specialistů a jejich doporučení zapracovává do léčebného schématu
- praktický lékař je zodpovědný za konečnou podobu péče o klienta

Práce s komunitou

- praktický lékař vidí nemocného v jeho domácím i pracovním prostředí,
- informací takto získaných může využít jak k diagnostice, tak k terapii
- příklady - hypertenze nebo vředová choroba gastroduodena při dysharmonických vztazích na pracovišti, recidivující respirační onemocnění s alergickou složkou při chovu některých domácích zvířat apod.)

Práce s rodinou

- PL vnímá nemocného jako člena rodiny se všemi důsledky
- dříve – vícegenerační rodiny – vzájemná pomoc fyzická a psychická
- nyní – molekulární rodiny – většinou osamělost ve stáří, péče přechází na stát a komunitu

Stupně spolupráce členů rodiny

- minimální zapojení
- požadavek medicínských informací a rad
- vcítění a podpora
- rodina přímo zasahuje – PL podporuje členy rodiny ve zvládnání zátěže a stresu
- rodinná terapie – rodina zavzata přímo do léčebných úkonů, poučena o vývoji nemoci

Vliv rodiny

- funkční rodina – cenný příspěvek v celkové péči o klienta
- dysfunkční rodina – může i zapříčinit vznik onemocnění, má negativní vliv na léčení nemoci již existující
- dominance jednoho partnera
- triangulace – přetahování (dětí)
- rodinný genogram, anamnéza

Vývoj rodiny

- 18-21 let – nezávislý mladý člověk, hledání partnera, rozchody
- 22-27 nová rodina, zásadní změna životního stylu
- 28-39 rodina s malými dětmi – zátěž fyzická i psychická
- 35-49 rodina s dospívajícími dětmi – zátěž psychická
- 40-59 děti zakládají svou rodinu – zátěž finanční
- 45-60 syndrom prázdného hnízda
- nad 60 odchod do důchodu, ztráta fyzických sil, ztráta partnera, ztráta soběstačnosti, osamělost

Metody práce podle věku klientů – dětský věk

- očkování – u nás v režii pediatriů – přesný očkovací kalendář, sezónně chřipka, pneumokok, hemofilus, encefalitida, hepatitidy
- Screening – pátrání po vrozených vadách a vývojových vadách, časný počátek závažných chorob – diabetes, imunodeficity, endokrinní choroby, péče o chrup
- edukace – asfyxie novorozenců, úrazy, popáleniny, otravy, aspirace
- obvyklé zdravotní obtíže – dětské infekční choroby, úrazy, alergie respirační, kožní

Adolescence

- detekce rizikových faktorů – kouření, alkohol, drogy, promiskuita, AIDS, kontracepce, prevence úrazů na silnici
- očkování – dokončení schématu – TBC, tetanus, případně podle cestování
- screening - duševní hygiena, sebeuvědomění, pátrání po depresi, vytváření osobnosti
- edukace – rizikové faktory, první pomoc
- obvyklé zdravotní obtíže – akné, infekční mononukleóza

Dospělí

- detekce rizikových faktorů – nadváha, kouření, HLP, HT, dna, rodinná zátěž
- očkování – tetanus po 10-15 letech, pneumokok, encefalitidy, hepatitidy A,B, při cestách do zahraniční žlutá zimnice, tyfus, cholera, antimalarika
- screening – doporučená schémata

Muži

- hmotnost, krevní tlak - průběžně, nejméně 1x ročně
- cholesterol - 18, 40, 50, 60 a dále ročně
- stolice na okultní krvácení od 45 let, rektální vyšetření, PSA – nejméně 1x /dva roky
- zrak, katarakta, glaukom – u diabetiků 1x ročně, u ostatních za 2-5let
- vyšetření moči – 1x ročně
- zubní vyšetření – každé 2 roky

Ženy

- hmotnost, krevní tlak – průběžně, nejméně 1x ročně
- cholesterol - 18, 40, 50, 60 a dále ročně
- okulní krvácení - nejméně 1x za dva roky od 45 let
- bimanuální vyšetření pánve, stěr z čípku děložního - nad 40let 1x ročně
- vyšetření prsou – samovyšetření, vyšetření lékařem nad 40let 1x ročně
- mammogram – od 40 let každé 1-2 roky
- zrak, katarakta, glaukom – u diabetiků 1x ročně, u ostatních za 2-5let
- vyšetření moči – 1x ročně
- zubní vyšetření – každé 2 roky

Edukace dospělých

- výživa, diety, pohyb, tréninková zátěž, sexuální aktivita, STD, HIV, prevence úrazů – pásy v autě, alkohol a řízení, kouření, stres, relaxace
- ženy - estrogenová léčba (osteoporóza, ochrana věnčitých tepen, ale i rizika), samovyšetření prsou
- muži – samovyšetření varlat

Klienti seniorského věku

- trpělivost při vyšetření, plánovat delší časový úsek
- při anamnéze nejasnosti, neschopnost vyjádřit problém, nutno zjišťovat informace z objektivních zdrojů
- při vyšetření sledovat stav hygieny, zručnost při oblékání, stav šatstva, ADL (- activities of daily living - chůze, do schodů, pády, stravování, koupání), IADL (- instrumental activities of daily living, schopnost přesunout se, hospodaření s penězi, příprava jídla, domácí práce, telefonování, schopnost dodržovat ordinace při užívání léků

Klienti seniorského věku

- vyšetřovat i systémy, na které si nemocný nestěžuje
- laboratorní odchylky – kreatinin podhodnocuje pro redukci svalové hmoty, vazebná kapacita pro železo klesá, intolerance glukosy
- návštěvy v domácnostech – umožní polymorbidnímu nemocnému neopouštět domov, zdravotník má lepší představu o možnostech nemocného jak např. plnit doporučení režimová apod.
- adekvátní podpora a porada členům rodiny poskytujícím péči

Spolupráce se specialisty

- hlavním úkolem a společným cílem je zlepšení péče o konkrétního nemocného
- důvodem konzultace specialisty může být:
 - potřeba druhého názoru
 - nedostatek důvěry rodiny
 - nedostatek důvěry nemocného
- mnohdy se vyvíjí nepatřičné vztahy – během léčení na specializovaném oddělení se praktický lékař brání zasahovat - „teď se o Vás starají odborníci“

Úkoly praktického lékaře z hlediska spolupráce se specialisty

- posoudit aktuální stav (zvládnou sám?)
- rozhodnout o druhu specializované péče (nejrychlejší cesta k diagnóze a úlevě)
- výběr vhodného odborníka nejlépe telefonická individuální domluva
- kvalitní přenos informace (kvalita žádanky, dosud provedená vyšetření, laboratorní výsledky)

POZOR! Kvalita nálezu je přímo úměrná kvalitě žádanky!!

Kdy zvažuje praktický lékař odborné vyšetření?

- při vyčerpání diagnostických možností praktického lékaře včetně dostupných instrumentálních vyšetření
- při nevýrazném efektu dosavadní terapie
- při nemoci zjevně nezvládnutelné praktikem
- pokud rodina nebo nemocný žádá vyšetření z důvodů nespokojenosti s dosavadním postupem

Rizika obcházení praktického lékaře

- nedostatek informace pro odborníka
- nedostatek času pro nemocného vlivem doby nutné pro získání informací
- pro uspokojení nemocného stačí jednodušší závěr, ale ne již pro jeho praktického lékaře

Optimální forma spolupráce

- odborník i praktický lékař se spolupodílí na řešení problému společného nemocného
- pokud je odborník stavěn do role učitele, může poskytovat nadbytečné informace
- praktický lékař využívá závěrů odborníka, ale konfrontuje je s ostatními nálezy a doporučenými léky, protože nese hlavní odpovědnost
- absolutně nežádoucím efektem péče mnoha odborníků o jednoho nemocného je polypragmázie

Jak dosáhnout optimální spolupráce

- úcta ve vzájemném vztahu praktický lékař – specialista (oba mají přednosti, ale i limitace oproti druhému)
- je lépe, když nemocného odesílá k odborníkovi praktický lékař, nejlépe po předchozím telefonátu – výsledek musí potom uspokojit nejen nemocného, ale i jeho praktika
- kvalitní vzájemná komunikace (pokud praktický lékař zjistí po pacientově návratu z vyšetření, že by se již blížil polypragmázii, jistě není problém opětné telefonické, faxové, mailové konzultace)

Děkuji za pozornost

