NOVINKY ZO SLOVENSKEJ SPOLOČNOSTI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA SSVPL 2/2014

Všeobecný praktik

Pozývame Vás na konferenciu SSVPL

Nové cesty slovenských všeobecných praktikov

Vážené kolegyne a kolegovia,

dovolím si Vás srdečne pozdraviť a predovšetkým Vás pozvať na našu tradičnú už XXXV. Výročnú konferenciu všeobecných lekárov, ktorú máme už predo dverami – uskutoční sa 16.-18.10.2014 v Tatrách.

Program bude mať široký záber a som presvedčený, že každý si nájde to, čo ho bude zaujímať.

Tak ako každý rok, aj teraz konferenciu podporili významné zahraničné osobnosti z oblasti primárnej starostlivosti. Hlavnou témou bude nám, všeobecným lekárom vlastná „ľudská stránka medicíny", ktorá v súčasnosti prežíva vo všetkých rozvinutých krajinách renesanciu podporovanú WHO a WONCA. To bude aj témou kľúčového posolstva profesora WONCA Igora Švába zo Slovinska. Ďalej odznejú odborné témy z kardiológie, infektológie, psychiatrie, telovýchovného lekárstva, angiológie, psychiatrie a mnohé iné. Na worshopoch sa môžete zdokonaliť v urgentnej medicíne, naučiť sa, ako sa správne postarať aj o svoj chrbát, prípadne sa dozvedieť o možnostiach práce v štruktúrach Wonca a výmenných pobytoch o práci v EURIPE - organizácii združujúcej vidieckych lekárov.

Dali sme priestor aj zdravotným poisťovniam na predstavenie ich nových produktov, MZSR a našej hlavnej odborníčke na informovanie o prijatých nových kompetenciách pre náš odbor a o koncepcii rozvoja integráciou, ktorú plánuje realizovať MZSR, tak aby sme my odborná verejnosť boli nielen oboznámení z prvej ruky o novinkách ale aby odborná verejnosť mohla aj diskutovať a podieľať sa na ceste, ktorá je pred nami. Napríklad vo štvrtok poobede sa uskutoční od 16:00 hod v salóniku Silver diskusia, na ktorú sme pozvali zodpovedných predstaviteľov ZP, MZSR. Vyhradený časový priestor 120 minút by mal byť dostatočný na komunikáciu so všeobecnými lekármi o pripravovaných novinkách.

Takisto vo štvrtok od 11:00 začne blok prednášok pod názvom Československý deň, kde privítame našich kolegov z Českej republiky, ktorí nás poinformujú o nových podmienkach všeobecných lekárov v ČR a ich kompetenciách a reciprocne vystúpia naši kolegovia so situáciou na Slovensku.. Bude to pokračovanie tradície Česko-Slovenského dňa z Wonca Praha, kde sa uskutočnil prvý ročník. V tejto tradícii spoločných kongresov chceme pokračovať aj v roku 2015.

Už vo štvrtok 16.10.2014 od 18.00 vás pozývam na členskú schôdzu SSVPL. Na tejto členskej schôdzke budete informovaní o zásadných problémoch, s ktorými naša odborná spoločnosť a náš odbor zápasí. Preto na tejto členskej schôdzke bude potrebné prijať zásadné uznesenia o našom fungovaní a ďalšom smerovaní. Preto Vás všetkých pozývam v čo najväčšom počte.

Už viac ako 2 roky máme blokované finančné prostriedky na účte SLS. Chcem poďakovať našim partnerom za podporu, vďaka čomu boli finančne zabezpečené všetky aktivity našej spoločnosti aj príprava tejto konferencie. Ku dostatočnej samostatnosti a nezávislosti našej odbornej spoločnosti potrebujeme Vašu podporu. Po „finančnej pauze" v roku 2014, výbor schválil na rok 2015 členské 35 € aby mohol zabezpečiť fungovanie odbornej spoločnosti nielen na Slovensku ale aj naše medzinárodné aktivity vo WONCA. WONCA nám poskytuje medzinárodné zázemie a odbornú pomoc, možnosti vzdelávania mladých praktických lekárov formou výmenných pobytov ale aj odbornej prípravy lektorov, ktorých rozvoj nášho odboru nevyhnutne potrebuje.

Postúpili sme aj v spolupráci s odbornými spoločnosťami SLS. Spolu s výbormi Slovenskej angiologickej spoločnosti SLS a Slovenskej angiochirurgickej spoločnosti SLS sme sa podieľali na najnovších interdisciplinárnych postupoch pre diagnostiku a liečbu chronického žilového ochorenia.

Nový výbor SSVPL bol zvolený vo voľbách 2014 v zložení: Iveta Vaverková, Jana Bendová, Peter Makara, Peter Pekarovič, Eva Berešová, Martina.Jandzíková, Peter Lipták, Štefan Krnáč, Soňa Ostrovská, Karol Herda, Beata Bláhová, Michaela Macháčová, Adriana Šimková a Jana Zimanová. Ďakujeme Vám za dôveru. Sme veľmi radi, že Ste dali hlasy aj našim mladým kolegom, do ktorých vkladáme svoje nádeje.

Rodinné lekárstvo má silu zmeniť svet
(Michael Kidd, prezident Wonca World)

Usilujeme sa identifikovať dôležité problémy nášho odboru vo financovaní ako je nákladové financovanie, riešenie poplatkov, registračné pokladne. V oblasti presadzovania optimálneho modelu financovania sa budeme opierať o SLK a jej zdravotný výbor a tiež o medzinárodné inštitúcie(Európske fórum primárnej starostlivosti, WONCA, WHO, Nivel). Riešime problematiku v oblasti organizácie našich praxí ako je integrovaná starostlivosť a otázky kompetencií versus obmedzení v praxi všeobecných lekárov. Ďalej sa usilujeme komplexne riešiť problematiku vzdelávania (pregraduálne- zjednotenie výučby VL na lekárskych fakultách, rezidentský program a kontinuálneho vzdelávania, kde ťažisko budeme dávať na organizáciu našich výročných konferencií ale aj na rozbehnutie regionálneho vzdelávania. Ešte minulý rok sme založili Centrum odborných postupov SSVPL a tento rok Vám prinášame prvé odborné postupy z oblasti kardiológie, ktoré spracovali naši členovia v spolupráci s členmi Slovenskej internistickej a Slovenskej kardiologickej spoločnosti SLS a Slovenskej geriatrickej a gerontologickej spoločnosti SLS. Veríme, že sa nám podarí tento rok pokročiť napríklad aj v práci na Odborných postupoch v diabetológii a ostatných dôležitých témach. Ak si myslíte, že niektorú oblasť by sme potrebovali zastrešiť odborným postupom, alebo vám chýbajú naše aktivity v iných oblastiach, tak vás prosíme o pripomienky. Iba keď budeme spolu komunikovať bez zbytočných bariér tak budeme vedieť reagovať na naše skutočné potreby. Kontakty na členov výboru sú aj súčasťou najnovšieho čísla Všeobecný praktik 2/2014. Najdôležitejší ale môže byť osobný kontakt, preto Vás znovu pozývam aj na našu členskú schôdzu vo štvrtok o 18.00 do reštaurácie hotela Bellevue.

Čaká nás veľa práce a verím, že s aktívnou podporou členov sa nám podarí mnohé naše plány uskutočniť a zlepšiť na Slovensku postavenie všeobecných lekárov.

V Snine 4.10.2014
Peter Makara
novozvolený prezident SSVPL

Príhovor prezidenta SSVPL SLS
Rodinné lekárstvo má silu zmeniť svet!! (Peter Makara) 2

Myslime v súvislostiach
Vo všetkých európskych krajinách zúri boj o charakter zdravotníctva medzi výnosným biznisom a službou verejnému zdraviu (Peter Lipták) 4

Článok online WONCA News
Čo rozumieme pod pojmom „integrovaná starostlivosť" a ako môžeme otestovať jej integritu? (Amanda Howe) 6

XIX. WONCA Europe konferencia v Lisabone
„Rodinné lekárstvo má silu zmeniť svet" (Jana Bendová, Peter Makara) 7

Stanovisko predstaviteľov VLD SLK na XXIX.Sneme SLK v Žiline 8

Český fokus
Co se děje v ČR v oblasti primární péče? (Svatoslav Býma) 10

Náplň dispenzární prohlídky u pacientů s DM 2 typu a další možnosti vykazování péče u pacientů léčených a dispenzarizovaných v ordinaci VPL v České republice (Igor Karen) 10

Screening kolorektálního karcinomu V ČR – aktuální stav a perspektivy (Bohumil Seifert) 11

Nové kompetence všeobecných praktických lékařů v diagnostice ICHDK (Jana Vojtíšková) 12

Odborný fokus
Funkčné potraviny s rastlinnými sterolmi (Jiří Brát) 13

„Nový prsník" Dnešné možnosti rekonštrukcie p liečbe pre Ca prsníka (Martin Boháč) 14

Vykazovanie očkovania proti chrípke a pneumokokom v sezóne 2014/2015 (Peter Lipták) 16

Novinky v SSVPL
Zmena sídla spoločnosti a korešpondenčnej adresy, kontakty na členov nového výboru 17

Mladí praktici
Pozvánka na workshop „Mladý praktik" 18

Prílohy:

1. Odborný postup COP SSVPL: Prevencia cievnej mozgovej príhody u pacientov s fibriláciou predsiení (M.Macháčová, J. Murín)
2. Odborný postup COP SSVPL: Chronické srdcové zlyhávanie I (R. Compagnon, J. Murín)
3. Program XXXV. Výročnej konferencie

Vložené materiály:

1. Kompendium XXXIV. Výročnej konferencie SSVPL SLS
2. Onkológia 2014
3. Prihláška/Aktualizácia údajov člena SSVPL

Všeobecný praktik ISSN 1339-2840
Adresa redakcie: Všeobecný praktik, Dobrovičova 10, 811 09 Bratislava
E-mail: vseobecny.praktik@vpl.sk
Editor Peter Lipták, autori fotografií Milan Kapusta, Janka Liptáková a autori článkov.
Grafické práce: Barbora Gerthoferová a Viktor Vadkerti.
Tlač a distribúcia: Kníhtlač Gerthofer Zohor.
Všeobecný praktik je časopis Slovenskej spoločnosti všeobecných praktických lekárov SSVPL, Stredná 80, 821 04 Bratislava, IČO: 35607131, DIČ: 2020971502, zapísaná v registri občianskych združení MV SR č.spisu VVS/1-900/90-11564.

Vo všetkých európskych krajinách zúri boj o charakter zdravotníctva medzi výnosným biznisom a službou verejnému zdraviu

V moderných krajinách, ktoré sú zamerané na rozvoj ľudského potenciálu občanov nie je trendom koncentrácia primárnej zdravotnej starostlivosti v malom počte veľkých stredísk -tzv. vertikálna integrácia ale práve naopak, starostlivosť sa diferencuje na menšie zariadenia umiestnené čo najviac v blízkosti pacientov, najlepšie v ich komunitách. Je to tzv. moderný trend smerujúci ku komunitnej primárnej zdravotnej starostlivosti, systém podporovaný SZO. V tomto prípade hovoríme o horizontálnej integrácii. Ide o to, aby tímy primárnej zdravotnej starostlivosti pôsobili čo najbližšie k pacientom, aby integrovali zdravotnú aj sociálnu starostlivosť priamo s miestami ich bydlísk.

Na druhej strane tu máme aj krajiny, kde zdravotné politiky sú zamerané na rozvoj biznisu so zdravím a chorobami. V týchto krajinách preto ide tento biznis cestou vertikálnej integrácie čo vedie až k prehnanej centralizácie služieb, ktorú si vyžaduje práve optimalizácia zdravotného biznisu. Preto v týchto krajinách sa všetko centralizuje od laboratórií počnúc po primárnu zdravotnú starostlivosť končiac. Prvky takéhoto systému, ktorý umožňuje vycucať z pacientov čo najviac zisku s čo najmenšími nákladmi vidíme dnes aj na Slovensku.

Ministerstvo zdravotníctva predpokladá zriadenie cca 140 nových centier primárnej zdravotnej starostlivosti, ktoré budú koncentrovať 10-25 všeobecných lekárov a ktoré majú nahradiť doterajšie ambulancie všeobecných lekárov.

Podľa zverejnenej analýzy MZSR sa poskytuje dnes primárna zdravotná starostlivosť na Slovensku v cca 700 geografických centrách. Je to pozitívny dôsledok minulosti, keď už v hlbokom socializme zistili, že nemajú v teréne žiadnych všeobecných lekárov a tak od roku 1979 podľa plánu postavenom na odporúčaniach SZO vybudovali hustú sieť obvodných zdravotných stredísk a poliklinik. Prečo je dnes potrebné túto sieť 700 fungujúcich centier vymeniť za novovybudovanú sieť 140 centier? Však sa tým až päťnásobne zníži geografická dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti. A ako je pripravené presunutie 2300 všeobecných lekárov z ich 2300 dnešných privátnych ambulancií do zamestnania v ambulanciách v novobudovaných 140 centrách? Ako chce donútiť MZSR týchto lekárov opustiť svoj súkromný majetok v mnohých prípadoch roky zveľaďovaný aj s prispením **z eurofondov a s pomocou obcí** alebo aj s prispením samotných pacientov? Nakoniec ako vlastne zdôvodní MZ SR premrhanie už použitých nemalých finančných prostriedkov aj z eurofondov a od obcí na doteraz z nich zrekonštruované polikliniky a obvodné zdravotné strediská? Ako vysvetlí vláda, že obvodný lekár, ktorý mal roky ambulanciu priamo v obci musel skončiť aby sa mohol zamestnať v desiatky kilometrov vzdialenom centre? A ako vysvetlí vláda občanom, že oni teraz musia za tým istým svojím obvodným lekárom dochádzať desiatky kilometrov? A bude ten lekár ešte vládať robiť aj návštevnú službu vo svojej desiatky kilometrov vzdialenej obci?

Prieskum a odporúčania SZO. SZO v roku 2011 a 2012 zrealizovala podrobný prieskum práve primárnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku a vydala o tom podrobnú správu a sformulovala detailné odporúčania pre vládu SR. V tejto správe SZO vysoko vyzdvihuje úroveň existujúcej siete ambulancií všeobecných lekárov na Slovensku. Odporúčania SZO smerujú k zvýšeniu kompetencií všeobecných lekárov, k odstráneniu anomálií v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní tak, aby sa zabezpečila obnova ľudských zdrojov v odbore a k otázkam zabezpečenia udržateľného financovania. SZO konštatuje, že zodpovednosť za manažovanie zdravotného systému nesie MZSR a vyzvala MZSR aby riešenie týchto odborných otázok vo veľkej miere prenášalo na odborné spoločnosti všeobecných lekárov a postupovalo pri reformách s nimi konsenzuálne.

Zlikvidovať existujúcu funkčnú infraštruktúru dnešných primárnych centier tvorenú zabehnutými privátnymi ambulanciami a nahradiť ju novou zredukovanou zreprivatizovanou sieťou so zmenenou štruktúrou vlastníkov tak, aby to vyhovovalo finančným záujmom určitých skupín podnikateľov na Slovensku - tak na to neexistujú žiadne odporúčania SZO. SZO do svojich odporúčaní vôbec nevnáša politiky podporujúce politický boj o vlastníctvo zdravotníckych zariadení ale usiluje sa o zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti zabezpečením jej kvality, efektívnosti a rovnakej dostupnosti pre všetky vrstvy obyvateľov. Cieľom je zlepšenie zdravia populácie v každej krajine. Politické otázky necháva SZO aby si vyriešili sami občania v jednotlivých krajinách a zodpovednosť za vývoj má vždy konkrétna vláda. Takže ak nám lekárom vyhovuje, že prídeme o svoje ambulancie a ak našim občanom-pacientom vyhovuje plánovaná podstatná redukcia poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti a zneužitie zdravotnej starostlivosti na biznis podnikateľov s chorobami, tak do týchto vnútorných politík jednotlivých štátov SZO zasahovať pravdepodobne nebude.

Nech to vnímame akokoľvek, zodpovednosť tlačí na MZSR a preto vidíme, že sa reformy predsa len rozbiehajú. Pomaly, ale predsa sa niečo deje a to dáva nádej na zlepšenie situácie odboru. Všeobecný lekár musí byť dnes pripravený riešiť celú šírku zložitých problémov z každej oblasti medicíny ale aj v sociálnej oblasti. Musí integrovať všetko úsilie okolo pacienta, špecialistov všetkých odborností, sociálnych pracovníkov, štátnych orgánov. **Všeobecný lekár je vlastne tvárou úrovne zdravotného a sociálneho systému každej krajiny a od úrovne našej práce závisí spokojnosť pacientov so zdravotným systémom čo je silné politikum.**

Pragmatickí politici sú v každej krajine prirodzení spojenci systému s dobre fungujúcou PZS.

Je Slovensko špecifická krajina? Zoberú finančné skupiny zdravotníctvo politikom?

Finančné skupiny by chceli prirodzene ovládnuť celé zdravotníctvo. Toto ich úsilie je absolútne normálne a pochopiteľné , veď na exponencionálne rastúcom trhu so zdravím a chorobami sa dajú zarobiť obrovské peniaze. Našťastie tu máme politikov, ktorí rešpektujúc ciele štátnej zdravotnej politiky zamerané na zlepšenie zdravia populácie musia tento bezbrehý biznis predsa len v záujme občanov uregulovať. Zachovať na Slovensku verejný charakter zdravotníctva to je predovšetkým ich zodpovednosť.

Môže centralizácia primárnej zdravotnej starostlivosti do 140 centier ušetriť zdroje, ktorých je večne v zdravotníctve málo?

Ak by sa naplnil scenár transformácie dnešnej siete zo 700 na plánovaných 140 centier tak to by som nevedel označiť za efektívny postup. Keďže každé centrum bude musieť uživiť okrem zdravotníckych pracovníkov aj majiteľa centra, tak o efektivite možno pochybovať. Okrem toho, že dôjde k znehodnoteniu doterajších zdravotníckych zariadení, zmenou vlastníckej štruktúry sa vytvorí ďalší tunel, ktorým budú prostriedky zo zdravotníctva unikať. Neefektivita príliš centralizovaného systému vyplynie aj zo zvýšených nákladov na dopravu, časových strát pacientov a ich rodinných príslušníkov. Vznikom centier, t.j. odídením ambulancií všeobecných lekárov z komunít by sa stratila dostupnosť t.j. jedna z podstatných výhod našej starostlivosti. A napríklad tým, že by sa už neuzatvárali zmluvy s lekármi, ale priamo s centrami by došlo aj k strate kvality osobného kontaktu lekára, ktorý sa v primárnej starostlivosti osobne po dlhé časové obdobie stará o svojho pacienta, cíti zodpovednosť a vzniká priateľský vzťah k celým rodinám. Takto by sa zvýšila anonymita, znížil by sa stupeň ľudského rozmeru. Vlastne odstránilo by sa to, čo robí náš odbor osobitým- ľudský rozmer. Všeobecný lekár lieči svojho pacienta svojou celou ľudskou bytosťou. A bolo by to presne proti odporúčaniam SZO, ako to brilantne formulovala generálna riaditeľka Margaret Chan na Wonca konferencii v Prahe v roku 2013 a tiež na jarnom valnom zhromaždení SZO v tomto roku aj pre našich predstaviteľov z MZSR.

Ale napríklad keby naše MZ popri rozvoji dnes existujúcej siete cca 700 centier primárnej zdravotnej starostlivosti plánovalo doplniť sieť o ďalších 140 nových centier v problematických regiónoch napríklad s rómskou populáciou a v iných vytypovaných oblastiach, kde je dnešná sieť nedostačujúca tak by to znamenalo veľké zlepšenie, zahustenie siete poskytovateľov v komunitách. Bolo by to o plnení základného atribútu SZO – o zvyšovaní dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti, o jej spravodlivejšej distribúcii aj v sociálne a geograficky marginalizovaných oblastiach. 840 centier primárnej zdravotnej starostlivosti to by znamenalo existenciu veľmi dôležitého predpokladu pre orientáciu slovenského zdravotníctva na rozvoj PZS. A toto je aj náš recept pre MZSR.

Misia SZO kritizovala nedostatočné kompetencie všeobecných lekárov. A práve aj v tejto oblasti evidujeme pozitívne zmeny.

Realizuje ich súčasné MZSR a to dáva tušiť, že hoci to tak vždy nemusí vyzerať, o takomto pozitívnom vývoji máme veľa signálov. Reálne sa zvyšujú neustále kompetencie všeobecných lekárov. Najnovšie už robíme predoperačné vyšetrenia a padajú ďalšie nelogické preskripčné obmedzenia. Sme na dobrej ceste a naši pacienti už začali zisťovať čo to vlastne je tá integrovaná starostlivosť všeobecných lekárov..

Rozširovanie kompetencií znamená väčší objem práce a to zvyšuje naše náklady a vyžaduje aj zvýšenie finančného príjmu. Kapitácia dnešných cca 2 eurá na pacienta je málo, naše náklady sú dnes na úrovni 3 eurá na pacienta mesačne. Situácia si vyžaduje navýšiť kapitáciu o 1 euro a to by dokázalo plne pokryť naše súčasné náklady a výrazne skvalitniť primárnu starostlivosť. Takto by bolo možné reálne zaviesť plošné využitie CRP v našich ambulanciách uvažovať o rozšírení vybavenosti EKG, USG prístrojmi, prístrojmi na vyšetrenie INR, HbA1C a iných POCT vyšetrení. Tento upgrade by nás stál iba cca 50 mil Eur ročne z ročných odvodov do zdravotníckeho rozpočtu od pacientov(cca 4 mld Eur). Prečo neinvestovať túto relatívne veľmi malú sumu do upgradu našej primárnej zdravotnej starostlivosti na európsku úroveň? Naviac, keď na našom MZ SR majú informácie, že každé euro investované do PZS prinesie minimálne 2 eurá úspor v iných segmentoch zdravotného systému. Aj preto by sa tieto peniaze nemali hľadať v neistých eurofondoch ale štandardne by sa mali naplánovať z odvodov od pacientov. Investovať prostriedky z odvodov od pacientov do rozvoja PZS to je strategické rozhodnutie MZ v každej krajine, ktorej ide o efektivitu zdravotníctva. Postoj súčasného MZSR nás teší, keďže si uvedomujeme veľmi dobre, že výsledok je vždy možným kompromisom a tlaky na MZSR zo všetkých strán sú určite veľmi veľké.

Záver môže byť optimistický. Zvyšovanie kompetencií, príprava nových odborných postupov a usmernení pre všeobecných lekárov, problematika podpory existujúcich ambulancií integrovaných v súčasných geografických centrách a príprava nových ambulancií v nových centrách, pomalé zlepšovanie financovania, postupný prechod na nákladové financovanie, štartovanie rezidenčného programu, zavádzanie systematickej výuky primárnej zdravotnej starostlivosti na fakultách medicíny. Tých pozitívnych signálov je dnes naozaj viac.

Je zrejmé, že v integrácii a spolupráci všetkých prvkov v systéme, nevynímajúc odbornú verejnosť všeobecných lekárov a laickú verejnosť pacientov, môže byť ideálna budúcnosť nášho zdravotníctva.

MUDr. Peter Lipták,29.9.2014
Predseda sekcie VLD SLK

Čo rozumieme pod pojmom „integrovaná starostlivosť" a ako môžeme otestovať jej integritu?

Článok online WONCA News, September 2014

Kúsok politiky od Amandy Howe

„Integrácia" sa stala najnovším módnym slovom v agende zdravotnej politiky WHO[I], the King's fondu[II], a Nuffield Trustu[III], všetci majú hlavné programy na túto tému, vo Veľkej Británii sú predvolebné programy politických strán zaplavené potrebou „integrovanej" starostlivosti. Ale diskutuje sa o mnohých definíciách a modeloch, a tie majú tendenciu závisieť na povahe zdravotného systému a úrovni predstavovanej integrácie.

Napríklad RCGP (Royal College of General Practitioners) vo Veľkej Británii používa definíciu „horizontálnej integrácie", *„na pacienta orientovaná, riadená primárnou starostlivosťou, poskytovaná multi-profesionálnymi tímami, kde si každá profesia zachováva svoju profesionálnu nezávislosť, ale pracuje tak, že presahuje odborné aj organizačné hranice, aby poskytovala najlepšie možné výsledky v oblasti zdravia"*[IV] , ale model USA organizácie integrovanej starostlivosti definuje sám seba ako" formálne alebo virtuálne vertikálne integrovanú organizáciu od úrovne primárnych služieb až po akútnu starostlivosť, často slúžiacu definovanej populácii „. Tieto rozdiely môžu byť hlboké, s rodinným lekárstvom skôr pracujúcim ako pre nemocničného poskytovateľa než ako v komunite – podstatné je ale to, či konkrétna integrácia starostlivosti pomáha pacientovi.

Naša organizácia RCGP nedávno publikovala test „Päť kritérií integrácie" v manifeste určenom pre všetky politické strany[V]. Splnenie týchto kritérií nám pomáha zistiť, či je integrácia orientovaná na primárnu starostlivosť.

Navrhované modely integrovanej starostlivosti by mali:

(1). Zabezpečovať na komunite založené služby, ktoré sú realizované klinikom, ktorý v danej komunite pôsobí, z pohľadu orientácie na osobu (pacienta) tj. všeobecným lekárom.

(2). Podporovať bezpečnosť pacienta tým, že zabezpečia, aby všeobecní (rodinní) lekári mohli ďalej konať ako samostatní obhajcovia svojich pacientov – s dôrazom na osobu (pacienta) a nie na inštitúciu.

(3). Vyvarovať sa prílišnej medikalizácii a pretrvávaniu takej klinickej liečby, ktorá je príliš závislá na pohľade špecializovaných špecialistov.

Navrhované modely integrovanej starostlivosti nesmú:

(4). Viesť k podstatným štrukturálnym reorganizáciam zhora nadol, ktoré by viedli k vytvoreniu nových byrokratických štruktúr a presmerovali milióny libier preč zo starostlivosti o pacientov.

(5). Viesť k presmerovaniu fondov NHS na zaplátanie diery v sociálnej starostlivosti." (Toto je o rezidenčnej starostlivosti o odkázaných seniorov – obavy, že financie určené na zdravotnú starostlivosť sa „stratia").

Toto sa môže zdať veľmi abstraktná a vysoká úroveň premýšľania vtedy, ak práve vyšetrujete štyridsiateho pacienta v preplnenej ambulancii a práve sa vypol eletrický prúd. Ale každý deň musia lídri rodinného lekárstva diskutovať o poskytovaní starostlivosti v mieste ich bydliska, v ich regióne alebo krajine – snažiac sa urobiť rozdiel v rozhodnutiach prijatých politikmi, ktorí budú skôr vedieť o veľkých firemných modeloch ako o tých, ktoré sú orientované na komunitu. Cenovo dostupná služba, ktorá prinesie dobrú komplexnú starostlivosť blízko domova, a kde rôzne časti klinického a sociálneho podporného tímu môžu spolupracovať, aby vyťažili čo najviac zo svojho času stráveného s pacientmi, bude aj nákladovo efektívna aj populárna. Pacient, ktorý musí navštíviť viaceré špecializované ambulancie, kliniky a nemocnice (čo je náročné na čas aj peniaze) kvôli starostlivosti o rôzne kúsky jeho tela a mysle buď nepôjde, alebo pôjde, ale bude z celého procesu vyčerpaný a zmätený – a nielen on, ale aj jeho priatelia a rodinní príslušníci.

Takže ak nájdete niekoho, kto hovorí o „integrovanej starostlivosti" – urobte tento test a zdôraznite horizontálnu integráciu – budete mať za sebou politiku WHO aj WONCA!

Amanda Howe
WONCA World President-elect
(budúca prezidentka svetovej WONCA)

Referencie[IV]:

I. http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/
I. http://www.kingsfund.org.uk/topics/integrated-care
III. http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integrated-care?gclid=CIXEoemMgcECFRMatAodTC0AtQ
IV. http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~/media/Files/Policy/A-Z-policy/General_Practice_and-the_Integration_of_Care%20_An_RCGP_Report.ashx
V. http://www.rcgp.org.uk/policy/~/media/Files/Policy/RCGP-Election-manifesto-2015-web.ashx
VI všetky stiahnuté 27.9.14.

XIX. WONCA Europe konferencia v Lisabone „Rodinné lekárstvo má silu zmeniť svet“

Jana Bendová, Peter Makara

2.-5. júla 2014 sa v Lisabone konala 19. európska konferencia všeobecného lekárstva WONCA s mottom “Nové cesty pre všeobecné a rodinné lekárstvo”. Prezident svetovej organizácie WONCA Prof. Michael Kidd vyjadril v svojom kľúčovom posolstve presvedčenie, že rodinné/všeobecné lekárstvo má silu zmeniť svet.

Konferencie sa zúčastnilo viac ako 3700 lekárov z celého sveta, medzi nimi 11 slovenských všeobecných lekárov, najmä mladých, ktorých účasť podporila Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL). 5 slovenských účastníkov konferencie prezentovalo formou posterov výsledky svojich vlastných výskumných aktivít (Jana Bendová, Beata Blahová, Lucia Kukučková, Adriána Šimková a Jana Zimanová). Na prekonferencii mladých praktických lekárov nová predsedníčka Mladých praktikov Ľudmila Resutíková spolu so Štefanom Krnáčom, Danou Geljenovou a Adreou Kyškovou získali cenné informácie o zahraničných výmenných pobytoch, ktoré môžu byť atraktívne aj pre slovenských všeobecných lekárov v príprave na atestáciu, či do piatich rokov od atestácie zo všeobecného lekárstva. Tieto informácie bude Dr. Resutíková prezentovať na workshope počas výročnej konferencie SSVPL vo Vysokých Tatrách v októbri 2014.

Pred konferenciou sa konalo zasadnutie európskeho výboru WONCA. Zo Slovenska sa uchádzali o organizáciu európskej konferencie WONCA v roku 2017 v Bratislave so svojím projektom Eva Jurgová a Peter Marko. 3 uchádzači (okrem Slovenska ešte Česko a Grécko) boli hodnotení v 2 kolách. V prvom kole už posúdila komisia expertov kvalitu prihlásených projektov podľa 30 odborných kritérií. Tieto výsledky boli predložené výboru Wonca Europe ako východisko k hlasovaniu. Slovenský projekt sa s 99 bodmi umiestnil na 3. mieste (pre porovnanie: Česko 124,5 bodov, Grécko 116,5 bodov). V druhom kole, ktoré sa uskutočnilo priamo na zasadnutí výboru, tu mali všetci traja kandidáti možnosť stručnou prezentáciou svojho projektu ovplyvniť konečné hlasovanie 31 členov európskeho výboru. Nasledovalo tajné hlasovanie, v ktorom najviac hlasov (13) získalo so svojou kandidatúrou Česko. Slovenský a grécky projekt získali zhodne po 9 hlasov. WONCA konferencia v roku 2017 sa teda bude konať v Prahe.

Výbor SSVPL sa pripravuje v budúcnosti uchádzať o usporiadanie konferencie WONCA na Slovensku. Sme si však vedomí toho, že bez existencie vyhovujúcich kongresových priestorov a silného tímu šikovných ľudí nie je možné získať dostatočný počet bodov a tento sen uskutočniť. Našou úlohou je budovať kvalitný tím v SSVPL. Preto podporujeme mladých všeobecných lekárov, ich účasť v medzinárodných projektoch WONCA, ako aj ich účasť na zahraničných konferenciách, kde môžu získať množstvo užitočných kontaktov aj praktických skúseností. Potenciál nového omladeného výboru SSVPL je znakom, že slovenskí všeobecní lekári sa zobúdzajú a projekt zorganizovania takej významnej konferencie ako je WONCA na Slovensku začína nadobúdať reálne kontúry.

Ak chceme byť v medzinárodnej konkurencii úspešní, musí náš tím získať prvé miesto. To je výzva pre nás všetkých.

Stanovisko predstaviteľov Sekcie VLD SLK

Výbor Sekcie VLD RLK Prešov a predsedníctvo sekcie VLD SLK(Lipták, Pekarovič, Baník) na rokovaní v dňoch 19. a 20. 9. 2014 zhodnotili aktuálny stav všeobecného lekárstva pre dospelých v Slovenskej republike a prijali toto stanovisko, ktoré predložili XXIX. snemu SLK (predniesol 20.9.2014 predseda sekcie VLD SLK Peter Lipták):

Dospeli sme k presvedčeniu, že súčasná zdravotná politika MZ SR a zdravotných poisťovní vedú k postupnej cielenej likvidácii všeobecných lekárov pre dospelých.

Financovanie odboru

Dlhodobo vnímame existenciu úmyselne nedostatočného financovania odboru. Za základný spôsob financovania považujeme kapitáciu. Mala by tvoriť cca 80% príjmu ambulancií a mala by byť nastavená tak, aby priemerný počet 1500 pacientov zabezpečil lekárovi pokrytie 80% skutočných prevádzkových nákladov jeho ambulancie. **Z ekonomického hľadiska výhodou kapitačnej platby pre systém (slovenské zdravotníctvo) je, že nestimuluje k vykazovaniu nadbytočnej zdravotnej starostlivosti a tak v nemalej miere sa podieľa na zefektívnení fungovania celého zdravotného systému.** Za dostatočne stimulačné považujeme preplácanie vybraných výkonov nad rámec kapitácie do výšky 20 % celkových platieb. **Základným problémom je, že výška platieb od zdravotných poisťovní, dlhodobo nepokrýva prevádzkové náklady ambulancií.**

Dnes aj začínajúci sekundárny lekár na akomkoľvek oddelení v nemocniciach Slovenskej republiky má vyšší čistý mesačný príjem, ako je teraz priemerný čistý príjem VLD. Sme presvedčení, že ak by deklarovaný záujem o primárnu zdravotnú starostlivosť zo strany vlády SR bol skutočný, zvýšila by kapitačnú platbu na nami navrhovanú a ekonomickými kalkuláciami podloženú výšku a problém všeobecných lekárov by mohla úspešne vyriešiť. Systém platieb s dnešnou priemernou kapitáciou cca 2 eurá na pacienta nepokrýva, naše náklady. Ich pokrytie si vyžaduje navýšiť priemernú kapitáciu na 3 eurá na mesiac. Navýšenie kapitácie o 1 euro by dokázalo plne pokryť naše súčasné náklady a výrazne skvalitniť primárnu starostlivosť. Pre celý odbor by to predstavovalo celkové navýšenie o 50 mil Eur ročne z cca 4 mld EUR, ktoré odvedú ročne pacienti do zdravotných poisťovní. Kde sú miliardy EUR z odvodov, keď nie sú prostriedky ani na riadne financovanie základnej zdravotnej starostlivosti a MZSR je schopné udržiavať základné funkcie v našom odbore iba s prispením niekoľkých miliónov z Eurofondov?

Jednostranné rozhodnutia MZ SR vo vzťahu k transformácii všeobecného lekárstva pre dospelých, bez akceptácie akýchkoľvek pripomienok odbornej verejnosti, považujeme za nesprávne. Sú to necitlivé silové riešenia. Chýba kontinuita so súčasnou situáciou v zdravotnom systéme, chýbajú analýzy o dopadoch na poskytovateľov aj pacientov. Robia sa radikálne rezy bez hlbšej znalosti problematiky bez konsenzu s odbornou ale aj pacientskou verejnosťou. Je to zarážajúce jednanie a ak uvážime, že aktuálne na MZ SR, podľa našich informácií, pracujú len štyria lekári tak sa musíme pýtať: **Kto pripravuje legislatívu pre MZSR? A o čo tu vlastne ide? Prečo zdravotné politiky sú zamerané na rozvoj biznisu a nie na podporu zdravotníkov a pacientov?**

Integrácia versus dezintegrácia?

V súčasnosti sa MZSR rozhodlo vybudovať cca 140 nových centier integrovanej zdravotnej starostlivosti a do týchto nových budov nasťahovať doterajšiu sieť cca 700 geografických centier v ktorých pracuje vo svojich súkromných ambulanciách viac ako 2300 všeobecných lekárov. Médiá verejnosť informujú o tomto projekte v superlatívoch, konečne sa niečo začalo robiť, niečo veľmi pozitívne pre zdravie občanov. Aké ale budú dopady tejto zmeny?

1. Dopady na lekárov **(- dezintegrácia).**

Vieme si predstaviť ako je pripravené presunutie 2300 všeobecných lekárov z ich samostatného podnikania v 2300 dnešných privátnych ambulanciách do zamestnania v novobudovaných 140 centrách? Ako chce donútiť MZSR týchto lekárov opustiť svoj súkromný majetok v mnohých prípadoch roky zveľaďovaný aj s prispením z eurofondov a s pomocou obcí alebo aj s prispením samotných pacientov? Ako vlastne zdôvodní MZ SR premrhanie už použitých nemalých finančných prostriedkov aj z eurofondov na doteraz z nich zrekonštruované polikliniky a obvodné zdravotné strediská? A čím bude nútiť MZSR súkromných lekárov zanechať svoje praxe? Chystá znovu zrušenie zákonnej povinnosti zdravotných poisťovní **zazmluvniť všetkých všeobecných lekárov** (jeden legislatívny pokus v NR SR už bol)? Veď všeobecní lekári nakoniec budú radi, že sa budú môcť v nových centrách zamestnať!

2. Dopady na pacientov **(- dezintegrácia).**

Pacientom sa dnes poskytuje starostlivosť v 700 geografických centrách. Redukcia starostlivosti do 140 centier bude pre nich znamenať päťnásobné zníženie dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti. Veľmi vážnym spôsobom bude narušená kontinuita poskytovanej starostlivosti. SZO v roku 2012 zverejnila výsledky prieskumu o úrovni primárnej starostlivosti na Slovensku, konštatovala vynikajúcu úroveň existujúcej siete zdravotníckych zariadení a súčasne ako hlavný problém identifikovala nedostatočné kompetencie všeobecných lekárov a nedostatky vo financovaní postgraduálneho vzdelávania a všeobecne konštatovala nedostatočné financovanie ambulancií. Je zrejmé, že závery tejto pomerne čerstvej správy z roku 2012, správy a hodnotenia WHO teda spracovanej na najvyššej možnej odbornej úrovni vláda SR odmietla a ide si svojou vlastnou cestou.

V moderných krajinách, ktoré sú zamerané na rozvoj ľudského potenciálu občanov nie je trendom koncentrácia primárnej zdravotnej starostlivosti v malom počte veľkých stredísk ale práve naopak, starostlivosť sa diferencuje na menšie zariadenia umiestnené čo najviac v blízkosti pacientov, najlepšie v ich komunitách. Je to tzv. moderný trend smerujúci ku komunitnej primárnej zdravotnej starostlivosti, systém podporovaný SZO. Ide o to, aby tímy primárnej zdravotnej starostlivosti pôsobili čo najbližšie k pacientom, aby integrovali zdravotnú aj sociálnu starostlivosť priamo v miestach ich bydlísk.

Ako vysvetlí vláda pacientom, že ich obvodný lekár, ktorý mal roky ambulanciu priamo v obci musel skončiť aby sa mohol zamestnať v desiatky kilometrov vzdialenom centre? Ako vysvetlí občanom, že oni teraz musia za tým istým svojím obvodným lekárom dochádzať desiatky kilometrov?

3. **Integrácia?** Čo sa vlastne touto dezintegráciou zdravotnej starostlivosti z pohľadu lekárov aj pacientov integruje? **Pre koho to vlastne bude integrácia, pozitívum?**

Bude sa likvidovať existujúca funkčná infraštruktúra dnešných cca 700 primárnych centier tvorená zabehnutými privátnymi ambulanciami. Nahradí sa novou privátnou sieťou, so zmenenou štruktúrou vlastníkov. Je to vlastne politický boj o vlastníctvo zdravotníckych zariadení, ktorých vlastníctvo je kľúčom k obžive lekárov / k zisku majiteľov.

Prečo je táto reprivatizácia našich ambulancií podobný proces ako arizácia či kolektivizácia a vznik JRD?

Prospech z tejto integrácie budú mať budúci majitelia integrovaných centier. Alebo majiteľ siete integrovaných centier. Túto dezintegráciu základnej zdravotnej starostlivosti pocítime my lekári a pacienti negatívne.

Navrhovaná štruktúra umožní optimalizáciu zdravotného biznisu. Trh so zdravím a chorobami je dnes najperspektívnejšia oblasť podnikania so zaručenými vysokými ziskami. Tomuto trhu ide o to, aby maximálne rástol. Preto nie je záujem trhu podporovať primárnu zdravotnú starostlivosť a jej hlavné atribúty-prevenciu, včasnú diagnostiku a liečbu, či verejné zdravotníctvo. Systém manažovaný v prospech biznisu potrebuje aby trh s chorobami maximálne rástol.

Máme dnes na Slovensku Ministerstvo zdravotníctva, ktoré by malo zabezpečovať zdravotnícku starostlivosť a zveľaďovať zdravie populácie alebo sa už pretransformovalo na Ministerstvo riadenia zdravotníckeho biznisu?

Z pohľadu týchto skutočností ide v súčasnej dobe väčšine všeobecných lekárov o holú existenciu a pacientom môže ísť dokonca o prežitie.

V tejto situácii navrhujeme snemu SLK prijať tieto uznesenia:

1. Snem SLK podporuje rozšírenie **kompetencií VL** tak, aby sa komplexná zdravotná starostlivosť dostala čo najbližšie ku pacientom.
2. Snem SLK **integrovanú zdravotnú starostlivosť** chápe ako integráciu zdravotnej starostlivosti do komunít pacientov a nie ako odchod lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti z komunít a ich integráciu do vzdialených centier integrovanej zdravotnej starostlivosti.
3. Snem SLK podporuje **zachovanie súčasnej siete všeobecných lekárov** v existujúcich geografických centrách, ktorú považuje za vhodnú základňu pre budovanie systému integrovanej zdravotnej starostlivosti.

(tieto uznesenia boli snemom SLK prijaté)

Prijaté uznesenia deklarujú podporu snemu SLK pre stabilizáciu a rozvoj odboru VL na Slovensku a určujú rámce pre rokovania SLK s MZ SR a zdravotnými poisťovňami.

V Žiline 20. 9. 2014

Výbor sekcie VLD RLK v Prešove a predsedníctvo sekcie VLD SLK
MUDr. Peter Lipták, MUDr. Peter Pekarovič,
MUDr. Miroslav Baník, MUDr. Juraj Staško

Klinická prax

vo všeobecnom praktickom, internom lekárstve, kardiológii a hematológii

11. 11. 2014	Bratislava, Hotel Loft, Štefániková 864/4
11. 11. 2014	Košice, Hotel Dália, Löfflerová 1
11. 11. 2014	Banská Bystrica, Hotel Dixon, Švermova 32 *
11. 11. 2014	Nitra, Hotel Mikado, Hollého 11 *
11. 11. 2014	Trenčín, Hotel Elizabeth, Generála Milana Rastislava Štefánika 2 *
11. 11. 2014	Martin, Hotel Turiec, Andreja Sokolíka 2 *

* Kvalitný audiovizuálny prenos vysielaný v uvedený termín z Bratislavy a Košíc

Český fokus

Na XXXV. Konferencii privítame už tradične našich kolegov z Česka. Prednášať nám prídu predseda SVL ČLS JEP doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Igor Karen **odborný garant pre diabetológiu za SVL ČLS JEP**, Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. prednosta Ústavu VL 1. LF UK Praha, vedecký sekretár SVL ČLS JEP, všeobecný praktický lekár Praha, Karlín, MUDr. Jana Vojtíšková, Ústav VL 1. LF UK Praha, Všeobecná praktická lekárka Praha Vyšehrad.

Pripojené sú abstrakty z ich plánovaných prednášok na našej XXXV. Výročnej konferencii.

Co se děje v ČR v oblasti primární péče?

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

V současné době, i když již máme v ČR 352 VPL ve věku do 29 let a 3486 lékařů ve věku 30 -59 let, není stále optimálně vyřešen problém počtu VPL, jejich sítě a věkového složení. Rizikoví jsou zejména kolegové ve věku 70+, kde je 345 lékařů u kterých se nedá vyloučit přerušení jejich praxe ze dne na den. Uvedený fakt zejména v periferních oblastech ČR může způsobit zásadní problém. Proto jsme znovu požádali nové MZ ČR v červnu letošního roku o součinnost v následujících oblastech:

a) MZČR – požádá kraje, aby ve spolupráci s obcemi zmapovaly potřeby VPL na příštích 5 let (orientačně lékaři ve věku 70 let +) a dále akutní potřebu k řešení do cca 12 měsíců.
b) MZČR – požádá kraje, aby v rámci RM nebo rekvalifikací pomocí ESF upustili od poplatků za stáže v nemocnicích (např.) Ústecký kraj, kde je situace nejhorší požaduje, aby ze svého platili budoucí VPL maximální částku tj. 360 Kč za pracovní den, naproti tomu cena stáže ve FN v Hr. Králové je poloviční 180 Kč za den!!!!
c) MZČR – by mělo v rámci rekvalifikací umožnit jejich financování v rámci RM a dále zjistit možnosti v rámci ESF (Evr. strukturální fondy).
d) Společně upravit specializační kurikulum, kromě interního přidat zkrácená rekvalifikační kurikula z chirurgických a akutních oborů.
e) Novelizovat metodiku a postupně zavést do praxe EHK (akreditace) praxí VPL pomocí AAPP s využitím ESF (2014-2015).
f) Přezkoumat všechna léková omezení a preferovat „centrová" omezení . Ostatní omezení vázat na zdravotní indikaci, nikoliv na odbornost. Současný systém jen zbytečně generuje další náklady (2014-2015) .

Deklarovali jsme, že obě organizace, SVL ČLS JEP i SPL ČR, jsou připraveny k aktivní a konstruktivní spolupráci jak se MZ, ZP , tak s tvůrci zdravotní politiky. Dosažené výsledky a opatření jsou obsahem sdělení.

Náplň dispenzární prohlídky u pacientů s DM 2 typu a další možnosti vykazování péče u pacientů léčených a dispenzarizovaných v ordinaci VPL v České republice

MUDr. Igor Karen, odborný garant pro diabetologii za SVL ČLS JEP
Všeobecný praktický lékař, Benátky nad Jizerou

Harmonogram dispenzárních prohlídek

Při každé dispenzární kontrole, která proběhne zpravidla jedenkrát za 3 měsíce, provádíme u pacienta s DM nepodkročitelně kontroly následujících parametrů – stanovíme hodnoty glykemie nalačno či postprandiální glykemie a za standardních podmínek změříme krevní tlak (TK) a pulz. U pacienta ještě provedeme pravidelnou kontrolu hmotnosti, event. výšky a z toho rezultující výpočet BMI. Nezbytná je inspekce dolních končetin k vyloučeni trofických defektů, interdigitalní mykózy, poruchy trofiky a poruchy prokrveni. Poté je nutné vše zapsat do dokumentace pacienta. K tomu je žádoucí uvést i medikaci ohledně diabetu a všechny další parametry do průkazu diabetika včetně další plánované kontroly. Nedílnou součástí je léčba všech přidružených onemocněni včetně preskripce pro tyto diagnózy.

Do kompenzace DM vyšetřujeme 1× za 3 měsíce hladiny glykovaného hemoglobinu HbA1c. Při kompenzaci a dosaženi cílových hodnot HbA1c 53 mmol/mol a nižších toto vyšetřeni provádíme již jen 1× za 6 měsíců. Jedenkrát ročně provádíme biochemicky monitoring lipidového spektra (cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglyceridy), Na+, K+, Cl-, kreatininu, kyseliny močové, jaterních testů (AST,GMT), vyšetření močového sedimentu a mikroalbuminurie. Od minulé aktualizace Doporučeného postupu Diabetes mellitus v primární péči přibylo další vyšetřeni a to stanoveni glomerularní filtrace tzv. eGFR podle MDRD rovnice, která nám sděluje přesnější informaci ohledně renálních funkci dotyčného pacienta. Frekvenčně bychom toto vyšetřeni měli provádět minimálně 1× ročně u všech pacientů, vhodné je toto vyšetřeni provést 2× ročně u pacientů starších nad 65 let věku života či u všech pacientů při nalezu hraničních hodnot eGFR 60 ml/min. Z dalších vyšetřeni je nutné alespoň 1× ročně provést manuální palpaci distálních tepen obou dolních končetin (DK) na arteria dorsalis pedis a arteria tibialis posterior. Nově přibyla možnost specifičtějšího vyšetřeni, a to stanoveni kotníkového indexu (ABI ankle-brachial index) pomoci oscilometrického vyšetřeni certifikovanými ambulantními přístroji, které může provádět lékař dispenzarizující pacienty s DM. Při jakýchkoliv nejasnostech při vyšetřeni stavu velkých cév na obou DK je vhodné pacienta konzultovat s cévním specialistou a provést minimálně dopplerovské ultrasonografické vyšetřeni DK. Při podezření na tyreopatii do těchto vyšetřeni zahrneme i stanoveni TSH a fT4 (volny thyroxin); toto vyšetřeni je vhodné provést před zahájenim hypolipidemické terapie. Na oční vyšetřeni se zaměřením na oční pozadí odesíláme pacienty rutinně 1× za rok, nestanoví-li oční specialista kratší frekvence. Interní vyšetřeni včetně EKG provádí dispenzarizující lékař 1× ročně. Orientační neurologické vyšetřeni provádí též 1× ročně. *Pozn.: Interní vyšetřeni, které provádí VPL, je zaměřené na postiženi velkých cév, známky ischemické choroby srdce a dolních končetin a postiženi CNS (cílena anamnéza a objektivní vyšetřeni včetně poslechu krkavic, stehenních tepen a palpace periferních tepen).* Nalez při interním vyšetřeni vede k indikaci dalších laboratorních vyšetřeni, krevní obraz, enzymy apod.). Spiše jako fakultativní se jeví vyšetřeni moči bakteriologicky pouze při pozitivním močovém nálezu či při obtížích pacienta.

Pro praxi – vykazované kódy

Kódy 01201 a 09532

V ordinacích VPL je možné od 1. 1. 2010 léčit pacienty s nekomplikovaným DM. V tomto případě je nutné si s příslušnými ZPP nasmlouvat kód 01201 – **Péče o stabilizovaného kompenzovaného diabetika 2. typu všeobecným praktickým lékařem**, který není v pravidelné péči diabetologa a je dispenzarizován u VPL.

- frekvenčně je výkon omezen a 3 měsíce
- čas výkonu je 30 minut
- ohodnocen je 233 body (1 bod = 1,10 Kč).

Současně je nutné vykázat i kód dispenzarizovaného pacienta 09532, kterým hlavně lékař deklaruje dispenzarizaci daného pacienta a jenž je ohodnocen 10 body.

Kód 01445

Od 1. 1. 2011 byl ve vyhlášce MZ ČR, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů, uveden kód 01445 – **Stanovení glykovaného hemoglobinu HbA1c v ambulanci lékařem** (s naši Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP ho mohou sdílet i další odbornosti 101 – interna, 103 – diabetologie, 104 – endokrinologie).

- Frekvenčně je výkon omezen a 3 měsíce do kompenzace hodnot glykovaného hemoglobinu, dále již 1× za 6 měsíců podle Doporučených postupů.
- Čas výkonu je stanoven na 2 minuty a bodové ohodnoceni na 108 bodů.
- Cave: Při „velkých odběrech u dispenzarizovaného pacienta s DM" je nutné poslat i glykovaný hemoglobin do spádové laboratoře k vyšetřeni.

Provedení: Výkon zahajujeme odběrem žilní či kapilarní krve. Pomoci mikropipety se vloží vyšetřovaný vzorek do automatizovaného přístroje, který ve velmi krátké době stanoví glykovaný hemoglobin (HbA1c) a jeho hodnotu zobrazí na displeji. Výkon končí interpretaci výsledku tohoto vyšetřeni a následně zápisem do zdravotnické dokumentace pacienta. Vyhodnoceni tohoto parametru ukazuje kvalitu péče a kompenzaci pacienta s diagnózou DM.

Zde je nutné podotknout, že k nasmlouváni uvedeného výkonu je třeba doložit přístrojové vybaveni k analýze glykovaného Hb (buď zakoupeni, či pronájem přístroje) a certifikát o zaškoleni obsluhujícího personálu tohoto přístroje (provede a proškolí prodejce při jeho zakoupeni). Dále je nutný certifikát o absolvování školeni ohledně klinické interpretace výsledků stanoveni HbA1c pořádány v IPVZ. Při zapnuti přístroje a před prováděním měřeni je nutné zkontrolovat funkčnost přístroje a provést kontrolní měřeni, tzv. vnitřní kontrolu kvality s cílem zjistit, že přistroj správně v určitém tolerančním limitu měří. Pracoviště, která budou tento kód vykazovat, musí byt zapojena do systému externí kontroly kvality, podobně jako je tomu u stanoveni CRP či INR apod.

Kód 01441

Od 1. 1. 2013 byl upraven vyhláškou MZ ČR a vydán kód 01441 – **Stanoveni glukozyglukometrem v ambulanci,** jak nalačno, tak i postprandiálně, v ambulanci lékařem.

Tento výkon lze nově používat i vykazovat v rámci monitoringu glykemie na lačno či postprandiální glykemie při provádění dispenzárních prohlídek u léčených pacientů s DM.

- Čas výkonu je stanoven na 2 minuty a ohodnocen 19 body.

CAVE: Při „velkých odběrech u dispenzarizovaného pacienta s DM" je nutné poslat i glykemii do spádové laboratoře k vyšetřeni.

Resumé

Při vykázaní kódu 01201 doporučuji současně vykázat i kód 09532.

Kód 09127

Kód 09127 znamená vyšetřeni ekg křivky.

- Čas výkonu je stanoven na 10 minut a ohodnocen 110 body.

Kód 81327

Z dalších výkonů lze realizovat v ambulanci je vyšetřeni mikroalbuminurie, cituji přesně zněni: albumin – průkaz v moči kód 81327, jedna se o semikvantitativní průkaz v moči

- Čas výkonu je stanoven na 0,5 minuty a ohodnocen 67 body.

Kód 12024

Nově od 1. 1. 2014 máme k dispozici kód i pro oscilometrické vyšetřeni se stanovením ABI (Ankle Brachial Index; index kotnik-paže), přesná citace: **měřeni ABI (indexu kotnik-paže) na čtyřech končetinach oscilometrickou metodou**; jedna se o měřeni ABI oscilometrickou metodou na čtyřech končetinách zároveň pro včasnou diagnózu ischemické choroby dolních končetin (ICHDK).

- Čas výkonu je stanoven na 5 minut a ohodnocen 114 body.
- Frekvenčně je výkon omezen 1× ročně.

Jsou 3 oblasti indikaci, kdy lze toto vyšetřeni provadět a současně tento kod vykazovat:

1. Podezření na ischemickou chorobu dolních končetin (ICHDK)
2. DM 2. typu
3. věk 60. let a vice + jeden obecně uznávaný rizikový faktor aterosklerózy.

Interpretace vyšetřeni a měřítko ABI jsou uvedeny níže. Při hodnotách nižších než 0,91 je nutné dopplerovské vyšetřeni tepen obou DK u daného pacienta s konzultaci cévního specialisty.

Interpretace vysledků ABI

≤ 1,41	nestlačitelné tepny
1,00–1,40	normální hodnoty
0,91–0,99	hraniční hodnoty
0,40–0,90	abnormální hodnoty
≥ 0,39	těžké poškozeni tepen

Závěr:

Za poslední 4 roky vidíme, že uvedená vyšetření (za plné podpory zdravotních pojišťoven i MZ ČR), která jsou realizována v ordinacích VPL v ČR výrazně zlepšily péči, dostupnost a komfort pacientů s DM 2 typu, bez toho, aniž by musel pacient putovat do dalších ambulancí na různá vyšetření a naopak. Ambulance specialistů fungují jako druhý krok v případech, kdy je již péče v ordinaci VPL vyčerpána a je zde nutný konsiliární servis event.. další dispenzární péče specializovanějšího pracoviště, tak jak tomu je prakticky v celé EU, USA, Kanadě, Austrálii, Novém Zélandu apod.

Screening kolorektálního karcinomu V ČR – aktuální stav a perspektivy

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kolorektální screening běží v České republice podle nových pravidel z roku 2009:

- TOKS prováděný ve věkovém rozmezí 50-54 let v jednoročním intervalu, od 55 let ve dvouročním intervalu
- uvedení imunochemických testů do screeningu
- zapojení registrujících lékařů v oboru gynekologie a porodnictví do screeningu

- možnost volby primární screeningové kolonoskopie (PSK) v 55 letech věku, která může být při negativním výsledku v intervalu 10 let zopakována
- stanovení kritérií pro centra pro screeningovou kolonoskopii

V roce 2010 bylo vydáno společné stanovisko Gastroenterologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, které doporučilo ukončit používání guajakových testů a nadále používat pouze testy imunochemické.

Zatímco do roku 2009 nepřesáhlo pokrytí cílové populace (cca 2,5 milionu obyvatel) 20%, opatření uvedená v roce 2009 vedla k navýšení účasti 26% populace resp. 30% populace ve věkové skupině 60-69 let. Analýza dat ukázala, že podíl gynekologů na pokrytí screeningem byl největší u žen z věkové skupiny 50-59 let, kde činil 25%, ale podíl v celkové populaci byl méně významný; činil pouze 8% v roce 2011 resp. 7% v roce 2012.

Primární screeningová kolonoskopie se ukázala jako okrajová volba, která zaujala méně než 1% osob z cílové skupiny. Největší efekt mělo zavedení imunochemických testů, které se ukázaly jako jednodušší a uživatelsky přátelštější jako pro pacienty, tak pro lékaře.

Míra pozitivity testu na okultní krvácení stoupla z 3-4% v roce 2008 na 6-8% v roce 2012 s výraznou regionální variabilitou. Průzkum Ústavu všeobecného lékařství 1-LF UK, zorganizovaný Dr. Norbertem Králem na jaře 2014 mezi praktickými lékaři, ukázal nepřijatelně široké portfolio používaných imunochemických testů s různým nastavením citlivosti.

Od ledna 2014 Česká republika pokročila mílovým krokem kupředu; spustila systém adresného zvaní a tak se zařadila mezi evropské země s populačním screeningem. Dosud nejsou k dispozici data, ale nárůst zájmu o screening je zřejmý.

Vyšší pozitivita testů sama o sobě znamená více falešně pozitivních výsledků a více zbytečných kolonoskopií. Ve spojení s vyšší účastí po zavedení adresného zvaní se významně také prodlužují čekací doby na kolonoskopii.

Český kolorektální screening tak čekají další opatření. Byly zahájeny kroky ke standardizaci používaných imunochemických testů na míru citlivosti odpovídající 75-100ng/ml. Vedle zvýšení účasti ve screeningu, která bylo vždy prioritním cílem programu, se klade stále větší důraz na kvalitu screeningových metod a bezpečí pacientů. Praktičtí lékaři se podílejí na informační kampani. Screening kolorektálního karcinomu je aktuálně i prioritní oblastí vědeckých projektů, ve kterých hrají praktičtí lékaři významnou roli.

Nové kompetence všeobecných praktických lékařů v diagnostice ICHDK

MUDr. Jana Vojtíšková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP věnuje v posledních letech velkou pozornost tvorbě Doporučených postupů pro praxi. Ve snaze zlepšit kardiovaskulární prevenci vznikla myšlenka věnovat pozornost ICHDK a jejímu časnému záchytu na úrovni primární péče.

Díky výbormé spolupráci České angiologické společnosti ČLS JEP a Ústavu všeobecného lékařství 1.LF UK Praha proběhly na území celé ČR dva zásadní projekty, které rozvinuly téma ischemické choroby dolních končetin (ICHDK)a její diagnostiku na úrovni primární péče. Ve svém konečném důsledku vedly po složitém jednání k přiznání kodu měření kotníkových tlaků pomocí oscilometrického měření coby součást preventivní prohlídky u pacientů s jedním rizikovým faktorem AS nad 50 let věku, u diabetiků a u všech pacientů nad 60 let. Kod sdílíme s angiology. Od ledna 2013 je součástí preventivní prohlídky hrazené ze veřejného zdravotního pojištění u vyjmenovaných skupin pacientů.

V první fázi proběhl Projekt MOET ICHDK (Monitoring EfektivityTerapie ICHDK), realizovaný v letech 2008-2010. Na něj volně navazoval Czech ABI Project (měření kotníkových tlaků oscilometrickou metodou) pro zjištění prevalence choroby v dané populaci.Cílem projektu MOET ICHDK bylo identifikovat pacienty s ICHDK v primární péči, popsat jejich nejčastější komorbidity, intenzifikovat intervenci rizikových faktorů a zlepšit léčbu a zabránit progresi aterosklerozy. Zahájení projektu předcházela teoretická část věnovaná edukaci základních principů diagnostiky a léčby. Cílem navazujícího projektu Czech ABI Project bylo prokázat, že v ordinaci VPL lze pomocí jednoduchého měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník – paže (ABI) identifikovat pacienty s aterosklerozou a to ve skupině osob nad 50 resp. 60 let, v rámci systematických preventivních prohlídek. Za pozitivní hodnotu pro ICHDK byla považována hodnota ABI 0,9 alespoň na jedné končetině.V obou částech projektu se jednalo o multicentrickou průřezovou studii probíhající v ordinacích všeobecných praktických lékařů na území celé ČR. (v případě projektu MOET to bylo 270 center – lékaři rok sledovali pacienty s již známou ICHDK nebo pacienty s kumulací rizikových faktorů AS, prováděno fyzikální vyšetření a klasifikace dle Fontaina, zhodnocení stavu, popsány komorbidity a nastavení případné terapie.V případě ABI prováděno měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník paže u osob nad 50 let s jedním RF AS a u osob 60 letých v rámci pravidelné preventivní prohlídky.

V projektu MOET (zařazeno 3733 pacientů,průměr 14 na lékaře)se zcela jasně prokázalo,že intenzivním sledováním pacientů se zlepšila péče u všech forem nemoci, výrazně zlepšenou intervencí rizik došlo v souboru k poklesu celkového plazmatického cholesterolu, poklesu LDL i TG. Základem léčby byl statin,dávka byla navyšována dle aktuálního vývoje lipidogramu. Významně se zlepšila kontrola arteriální hypertenze u zařazených pacientů. Czech ABI Project (zařazeno a vyšetřeno 6885 oso, průměr 70 na centrum).Výsledky ukázaly že v této skupině je záchyt nových pacientů vysoký (9,8 %) a bez vyšetření by u nich choroba pravděpodobně nebyla zjištěna .Míru nového záchytu ICHDK měřením ABI u pacientů v rámci preventivních prohlídek podle výsledků studie zvyšuje přítomnost komorbidit, počet rizikových faktorů, možná farmakoterapie, vysoké KV skore, abnormální EKG, denní konzumace alkoholu, aktivní kuřáctví.

Závěr

Výsledky obou projektů po vyhodnocení prokázaly, že v primární péči se lépe daří intervence rizik,komplexní léčba o pacienta se zlepšila. K pravidelnému pohybu, zlepšení stravovacích návyků a nekuřáctví.Účinnou farmakoterapií pacienti lépe dosahují doporučených cílových hodnot. Daleko obtížnější je však přesvědčit pacienty k pravidelnému pohybu, zlepšení dietních návyků a nekouření V průběhu projektů se zlepšilo povědomí praktických lékařů o ICHDK, zlepšily se diagnostické dovednosti a spolupráce praktiků s angiology.Czech ABI Project prokázal,že v ambulancích VPL lze pomocí jednoduchého měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník – paže v rámci pravidelných preventivních prohlídek provádět screening ICHDK v rizikové populaci nad 50 let.Sdílený kod společně s angiology a internisty používáme od ledna 2013.

Funkčné potraviny s rastlinnými sterolmi

Doc. Ing. Jiří Brát, CSc., Vím, co jím a piju, o.p.s.

Kategória funkčných potravín nemá presné legislatívne vymedzenie. Za funkčné potraviny považujeme tie, ktoré popri plnení zodpovedajúcich výživových funkcii pozitívne ovplyvňujú zdravotný stav alebo znižujú riziká ochorení. Medzi funkčné potraviny nezaraďujeme doplnky stravy. Miera účinkov, či daná potravina patrí medzi funkčné, môže byť predmetom diskusie. Je napríklad ovocie alebo zelenina funkčnou potravinou alebo nie? Rozhodujúcim kritériom pre zaradenie medzi funkčné potraviny môže byť schválené zdravotné tvrdenie v rámci legislatívy EÚ viazané na znižovanie rizík ochorení.

Ako príklad môžeme uviesť vplyv kľúčových živín na hladinu cholesterolu. Existuje celý rad zdravotných tvrdení týkajúcich sa udržania normálnej hladiny cholesterolu v spojení s konzumáciou odporúčaného množstva polynenasýtených mastných kyselín alebo výmenou nasýtených mastných kyselín v strave za nenasýtené, čo je z hľadiska ľudského zdravia rovnako prospešné. Z pohľadu znižovania hladiny cholesterolu, teda rizikového faktoru ischemickej choroby srdca, boli schválené iba zdravotné tvrdenia v spojitosti s dvoma zložkami potravín. Jedno z nich sa týka β-glukánov, ktoré sa nachádzajú v ovse alebo jačmeni, druhé sa týka rastlinných sterolov a stanolov. V prípade β-glukánov sa priaznivý účinok dosiahne na základe denného príjmu 3 g ovseného alebo jačmenného β-glukánu v kvantifikovanej porcii. V prípade rastlinných sterolov a stanolov sa priaznivý účinok dosiahne pri príjme 1,5 – 2,4 g denne. Rastlinné steroly a stanoly sú schopné znižovať hladinu cholesterolu o 7 až 10 % v priebehu 2 až 3 týždňov.

Zdravotné tvrdenia publikované v nariadení EÚ č. 686/2014 z júna 2014 sú výsledkom vedecky podloženého a zdokumentovaného ešte vyššieho účinku – zníženia hladiny cholesterol o 10 až 12,5 % pri konzumácií 2,5 – 3 g sterolov či stanolov denne rovnako v priebehu 2 - 3 týždňov.

Aby mala funkčná potravina určitú perspektívu, mala by spĺňať niekoľko vlastností. Musí byť vhodná k pravidelnej konzumácií zodpovedajúcej bežným stravovacích zvyklostiam a vhodná musí byť tiež pre použitie v celej rade kuchynských úprav. Chuť by mala byť skôr neutrálna, aby sa tzv.„neprejedla". Funkčná potravina by mala obsahovať aktívnu zložku v množstve, ktoré má preukázateľne pozitívne účinky na ľudské zdravie. Na druhej strane množstvo funkčných potravín odporúčané ku konzumácií by nemalo prekračovať obvyklé stravovacie zvyklosti a potraviny by rovnako nemala výrazne zvyšovať celkový denný energetický príjem. Nutričný profil potraviny by mal zodpovedať výživovým odporúčaniam. Nelogické by bolo pridávať aktívnu zložku do potravín, ktoré odborníci na výživu odporúčajú obmedzovať z dôvodu nevhodnej výživovej hodnoty, napr. rastlinné steroly do živočíšnych tukov, ktoré hladinu cholesterolu zvyšujú.

Rastlinné steroly sa vyskytujú ako minoritné sprievodné zložky v olejoch, obilninách, zelenine a ovocí. V rastlinách majú podobný význam ako cholesterol u ľudí – udržujú štruktúru a správnu funkciu bunkových membrán. Medzi najbežnejšie rastlinné steroly patrí sitosterol, kampesterol a stigmasterol.

Priemerný príjem rastlinných sterolov predstavuje v„európskej" strave 200-300 mg/deň. Vegeteriáni majú príjem rastlinných sterolov vyšší 500 mg až 1 g denne.

Rastlinné steroly znižujú hladinu cholesterolu v krvi tým, že obmedzujú vstrebávanie cholesterolu zo zažívacieho traktu. Cholesterol spolu s rastlinnými sterolmi tvorí zmesové micelárne útvary, prípadne kryštál, čo vedie k zníženiu spätnej absorpcie cholesterolu do krvného séra. Väčšie množstvo cholesterolu a prakticky všetky rastlinné steroly sú vylúčené do stolice. Pečeň síce nahradzuje potláčané vstrebávanie cholesterolu zvýšenou syntézou cholesterolu, avšak i tak dochádza k zníženiu hladiny celkového a LDL – cholesterolu. Rastlinné steroly sa odporúča konzumovať spolu s jedlom, kde sa lepšie prejaví mechanizmus zníženej absorpcie cholesterolu. V rámci štúdií sa nezistili významné rozdiely, pokiaľ odporúčané množstvo rastlinných sterolov bolo konzumované v rámci jedného jedla alebo rozložené do viacerých jedál.

V posledných rokoch sa rovnako diskutovalo, či rastlinné steroly, ktoré sú prítomné v krvi ako dôsledok iných absorpcii, nezvyšujú riziká KVO. Meta-analýza zo 17 štúdií publikovaná v roku 2012 zvýšenie rizík nepreukázala (Genser et al 2012). Hladina rastlinných sterolov cirkulujúcich v krvi je približne 200x nižšia ako hladina cholesterolu. Konzumáciou potravín s rastlinnými sterolmi sa významne nezvyšuje úroveň koncentrácie rastlinných sterolov v krvi a rozsah poklesu hladiny LDL-cholesterolu, ako dôsledok ich konzumácie v množstve obmedzenom maximálne na 3 g denne prináša omnoho väčší prínos z pohľadu zníženia rizika KVO.

Konzumácia rastlinných sterolov v množstve 2 g denne je súčasťou režimových opatrení rady odborných spoločnosti. Medze ne patrí aj Európska kardiologická spoločnosť a Európska odborná spoločnosť pre aterosklerózu. Národné spoločnosti odporúčania európskych spoločnosti prijímajú.

Na slovenskom trhu je jediný výrobok z kategórie funkčných potravín s rastlinnými sterolmi. Jedná sa o roztierateľný tuk Flora pro.activ. Výrobok obsahuje iba 35 % tuku, takže nezvyšuje denný príjem energie. Obsahuje nutrične vyvážené zloženie mastných kyselín. Obsah nasýtených mastných kyselín v prepočte na tuk patrí k najnižším na tuzemskom trhu z hľadiska obsahu omega 3 a omega 6 polynenasýtených mastných kyselín (vzhľadom na obsah tuku) patrí medzi ich najlepšie zdroje. Svojim zložením preto zodpovedá požiadavkách na vhodný nutričný profil funkčnej potraviny. Obsah rastlinných sterolov je 0,75 g v 10 g. Konzumáciou 20 až 30 gramov rastlinného tuku Flora pro.activ denne sa dosiahne priaznivý účinok definovaný v rámci zoznamu schválených tvrdení.

Flora pro.activ je vhodná k natieraniu na chlieb a pečivo, k príprave rôznych nátierok aj k omasteniu pokrmov. Preto svojim charakterom plní základnú charakteristiku správnej funkčnej potraviny – vhodnosť k dennému používaniu.

„Nový prsník"

Dnešné možnosti rekonštrukcie po liečbe pre Ca prsníka

Boháč M.[1], Trška R.[1], Šimko L.[1], Bella V.[3], Fedeleš J. sen.[1]

1 Klinika plastickej estetickej a rekonštrukčnej chirurgie SZU a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, UNB Ružinov
3 Mamologické oddelenie Onkologického ústavu Svätej Alžbety

Rekonštrukcia prsníka je chirurgický zákrok, ktorého cieľom je znovuvytvorenie prsníka po jeho resekcii. V súčasnosti je rekonštrukcia prsníka považovaná za integrálnu súčasť komplexnej liečby rakoviny prsníka v rozvinutých krajinách. Je totiž dokázané, že pre ženu vedomie vlastnej fyzickej deformity, nekomplexnosti, môže mať na jej psyché a život zničujúci dopad. Ženy už viac nechcú len prežiť rakovinu prsníka, ale chcú tiež žiť normálny život po rakovine prsníka.

V rámci rekonštrukčných možností prsníka, ktoré sú v súčastnosti k dispozícii, rozoznávame tri hlavné metódy:

1. rekonštrukcia objemu pomocou implantátov resp. expanader-implantátov
2. rekonštrukcia objemu pomocou tkaniva zapožičaného z inej časti tela
3. rekonštrukcia objemu pomocou kombinácie vyššieuvedených dvoch metód

Pokiaľ pacientka podstúpila rekonštrukciu objemu nového prsníka, zvyčajne ju ešte čaká úprava prsníka na druhej strane. Tá sa realizuje zväčša formou redukcie väčšieho prsníka alebo zdvihnutím poklesnutého prsníka. Na záver rekonštrukčného procesu sa vytvára nová bradavka s dvorcom na novom prsníku.

Typ zvolenej rekonštrukcie prsníka je obvykle výsledkom dohovoru medzi pacientkou a operatérom, pričom sa berie do úvahy lokálny nález na hrudníku pacientky, liečebný proces pacientky a tiež výhody a nevýhody jednotlivých možností rekonštrukcie, s ktorými je pacientka v rozhodovacom procese oboznámená.

Dá sa teda povedať, že rekonštrukcia prsníka po resekcii pre rakovinu, je jednou z najdôveryhodnejších operácií, ktoré žena môže podstúpiť. Už samotná diagnóza rakoviny prsníka je častokrát desivá, ba priam zničujúca. Avšak s včasnou detekciou, liečbou a následnou rekonštrukciou prsníka môže žena získať späť svoj prirodzený tvar a obnoviť dôveru vo svoje zdravie a svoj vzhľad.

Obr.1 Pacientka po mastektómii vľavo pre karcionóm prsníka (Autor)

Obr.2 Pacientka po rekonštrukcii prsníka vľavo pomocou vlastného tkaniva (stopkovaný TRAM lalok) (Autor)

www.newmamma.eu

POMÔŽTE SVOJIM PACIENTKÁM Z BLUDNÉHO KRUHU RAKOVINY PRSNÍKA

Je tu iniciatíva New Mamma (Nový Prsník), ktorá prináša informácie pacientkám a lekárom o všetkých možnostiach rekonštrukcie po prekonaní rakoviny prsníka. Informujte ich o možnosti rekonštrukcie prsníka kompletne hradenej zo zdravotného poistenia. Umožnite im správne sa rozhodnúť, zvýšiť si kvalitu života a opäť byť plnohodnotnými ženami. Rekonštrukcia prsníka žiadnym spôsobom nenarušuje liečbu rakoviny ani sledovanie jej možnej recidívy. Na internetových stránkach New Mamma Vám prinášame všetky potrebné informácie, vrátane kontaktov na odborné pracoviská a lekárov.

Nech sú Vaše pacientky opäť samé sebou aj vďaka Vám

new mamma

Vykazovanie očkovania proti chrípke a pneumokokom v sezóne 2014/2015

Aby sme dostali zaplatené od poisťovní za očkovanie musíme očkovanie správne vykazovať.

Očkovanie proti chrípke

1. Súčasne platné indikačné obmedzenie:

J07BB02 Vakcíny proti chrípke, purifikovaný antigén parent

Vakcína ako hradená liečba sa indikuje v rámci povinného očkovania podľa § 7 ods. 5 vyhlášky u osôb umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb a indikuje sa v rámci odporúčaného očkovania podľa § 9 ods. 1 vyhlášky u

a) detí od dovŕšenia tretieho roku veku do dovŕšenia 12. roku veku,
b) osôb 59 ročných a starších,
c) dispenzarizovaných pacientov bez ohľadu na vek so závažnými chronickými ochoreniami dýchacích ciest, srdcovo-cievneho systému, metabolickými, renálnymi a imunitnými poruchami.

2. Vykazovanie kódov spolu s dg. Z 25.1 nasledovne:

VŠZP 25

Kód 252b - u pacientov 59 ročných a starších a u pacientov s chronickými diagnózami podľa indikačných obmedzení vykazujeme kód 252b. U pacientov s chronickými diagnózami do 59 rokov na zadnú stranu receptu musíme súčasne napísať kód diagnózy podľa MKCH a opečiatkovať.

Kód 252c - u pacientov do 59 rokov doteraz bez chronických ochorení uvedených v indikačných obmedzeniach, tehotných žien...vykazujeme spolu s dg. Z25.1 kód 252c.
Súčasne na prednej strane vedľa kódu poisťovne musíme zreteľne napísať „FZS" čo znamená že bude uhradená z Fondu zdravotnej starostlivosti, ktoré na očkovanie zdravých poistencov vytvorila VšZP.

Dôvera 24

Kód 252b spolu s dg. Z25.1 u všetkých poistencov sa vykazuje rovnako.

Union ZP 27

Kód 252b spolu s dg. Z25.1 u všetkých poistencov sa vykazuje rovnako.

3. Úhrada očkovacích látok na recept v lekárni:

- Dôvera uhrádza chrípkové vakcíny **v plnom rozsahu aj s doplatkom** všetkým pacientom bez indikačného obmedzenia od 1.10.2014 do 28.2.2015.
- VšZP a Union uhrádzajú chrípkové vakcíny všetkým pacientom bez indikačného obmedzenia, doplatok hradí pacient. Pre poistencov UNION to platí od 1.10.2014 do 31.12.2014. VšZP časové ohraničenie neuvádza.
- Za recept na vakcínu sa v lekárni neplatí poplatok 0,17 EUR

Tento rok je Influvac bez doplatku. Poistenci VšZP a Union v lekárni platia doplatok za Fluarix 0,20 Eur a Vaxigrip 0,76 Eur.

Očkovanie proti pneumokokom

1. Súčasne platné indikačné obmedzenie:

J07AL01 Vakcína proti pneumokokom, purifikovaný polysacharidový antigén parent.

Vakcína ako hradená liečba sa indikuje v rámci povinného očkovania podľa § 7 ods. 6 vyhlášky u osôb umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb.

Vakcína ako hradená liečba sa indikuje v rámci odporúčaného očkovania podľa § 9 ods. 2 vyhlášky u

a) osôb od dovŕšenia druhého roku veku do dovŕšenia 18. roku veku podľa prílohy č.3 k vyhláške, dispenzarizovaných s
   1. chronickým ochorením dýchacích ciest (J 45 Astma, J 47 Bronchiektázie, Q 32-33 Vrodené chyby priedušnice, priedušiek a pľúc),
   2. chronickým ochorením srdcovo-cievneho aparátu (Q 20-25 Vrodené chyby srdca),
   3. chronickými metabolickými poruchami (E 10 Diabetes mellitus 1 typu, E 70, E 71, E 72, E 75, E 76 E 77, E 78, E 79 Poruchy metabolizmu aminokyselín, lipidov, purínu a pyrimidínu, E 84 Cystická fibróza),
   4. chronickými renálnymi poruchami (N 04 Nefrotický syndróm, N 18-19 Zlyhanie obličiek),
   5. chronickými imunitnými poruchami (A 39-41 Stav po prekonanej purulentnej meningitíde alebo septikémii, B 20-24 Choroba vyvolaná vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti (HIV), C 00-97 Všetky zhubné nádory vyžadujúce si komplexnú protokolárnu liečbu, D 55-59 Hemolytické anémie, D 70 Agranulocytóza, D 71 Funkčné poruchy polymorfonukleárnych leukocytov, D 72 Iné poruchy bielych krviniek, D 73 Choroby sleziny, D 76 Choroby postihujúce lymforetikulárne tkanivo a retikulohistiocyty, D 80 Imunitná nedostatočnosť s prevahou poruchy protilátok, D 81 Kombinovaná imunitná nedostatočnosť, D 84 Iné imunodeficiencie, H 66 Hnisavý a nešpecifikovaný zápal stredného ucha (min. 3x, vyžadujúci ORL intervenciu), Q 89 Vrodené chyby sleziny, Q 90-91 Downov syndróm, Edwardsov, Patauov syndróm),
b) osôb od dovŕšenia 18. roku veku dispenarizovaných pre chronické ochorenie dýchacích ciest, srdcovo-cievneho aparátu, s metabolickými, renálnymi a imunitnými poruchami,
c) detí základne očkovaných pri preočkovaní podľa prílohy č.2 B bod 6 písm. b) k vyhláške,
d) osôb pred splenektómiou s funkčnou alebo anatomickou asplé-niou,
e) osôb 59 ročných a starších.

2. Vykazovanie kódov spolu s dg. Z 23.8 nasledovne:

Vykazujeme kód 252b spolu s dg. Z23.8 vo všetkých poisťovniach rovnako.

U pacientov s chonickým ochorením podľa uvedených indikačných obmedzení do 59 rokov je potrebné na zadnú stranu receptu uviesť číselný kód diagnózy a dať pečiatku.

3. Úhrada očkovacích látok na recept v lekárni:

Pneumo 23 (12,54 Eur) - podáva sa jeden krát za 3-5 rokov. Ak pacient spĺňa indikačné obmedzenia je recept bez doplatku a bez poplatku 0,17 Eur.

Prevenar 13 (54,94 Eur) - podáva sa jednorázovo a poskytuje ochranu celoživotne. Aj správne indikovaný dospelý pacient podľa indikačných obmedzení musí recept uhradiť v hotovosti v plnej výške (54,94 Eur).

Peter Lipták, 1. 10. 2014

Novinky v SSVPL

Od 1.10.2014 sa mení adresa sídla SSVPL.
Z Námestia SNP 10 sme sa presťahovali na Strednú 80, 821 04 Bratislava.

Nová adresa sídla spoločnosti a nová poštová adresa:

Slovenská spoločnosť
všeobecného praktického lekárstva SSVPL
Stredná 80, 821 04 Bratislava

Novozvolený výbor a dozorná rada SSVPL sa ujali funkcie na štvorročné obdobie 21.6.2014.

Kontakty na členov výboru:

Peter Makara, MPH, prezident
0903 705055, makara.peter@vpl.sk

Iveta Vaverková, MPH, viceprezidentka
0908 724955, vaverkova.iveta@vpl.sk

Peter Pekarovič, vedecký sekretár
0904 878628, pekarovic.peter@vpl.sk

Jana Bendová
0903 131311, bendova.jana@vpl.sk

Eva Berešová
0903 630023, beresova.eva@vpl.sk

Soňa Ostrovská
0903 472495, ostrovska.sona@vpl.sk

Martina Jandzíková
0902 366472, jandzikova.martina@vpl.sk

Michaela Macháčová
0905 876100, machacova.michaela@vpl.sk

Adriana Šimková, PhD.
0904 661286, simkova.adriana@vpl.sk

Beata Blahová
0905 293945, blahova.beata@vpl.sk

Jana Zimanová, PhD.
0903 665781, zimanova.jana@vpl.sk

Štefan Krnáč
0918 568367, krnac.stefan@vpl.sk

Peter Lipták
0903 440016, liptak.peter@vpl.sk

Karol Herda
0907 361739, herda.karol@vpl.sk

Kontakty na členov dozornej rady:

Jana Striško-Senčáková, predsedníčka
0903 777193, striskosencakova.jana@vpl.sk

Peter Bakič
0911 708866, bakic.peter@vpl.sk

Ján Kaňuch
0910 946752, kanuch.jan@vpl.sk

Vzniklo centrum odborných postupov SSVPL (COP SSVPL)
Adresa: Stredná 80, 821 04 Bratislava

Výbor schválil **vznik centra odborných postupov** SSVPL.

Odborným garantom centra odborných postupov bude výbor odbornej spoločnosti SSVPL. Úlohou centra odborných postupov bude cestou pracovných skupín pripraviť odborné postupy. Garanciou bude výborom poverený odborný garant, ktorý bude zodpovedať za vypracovanie textu odborného postupu aj za jeho implementáciu v regiónoch. Pripraví regionálne semináre na danú problematiku, zorganizuje výber a prípravu regionálnych školiteľov v spolupráci s krajskými vzdelávacími centrami SSVPL, ktoré vzniknú v regiónoch bývalých krajov.

Koordinátori **krajských centier**:
Západoslovenský kraj: Jana Bendova
Stredoslovenský kraj: Martina Jandzíková
Východoslovenský kraj: Peter Makara

Koordinátori krajských centier zabezpečia vznik a fungovanie **regionálnych vzdelávacích centier vo svojom kraji,** ktoré budú vedieť opakovane zabezpečiť odborné semináre na regionálnej úrovni pre minimálne 50 lekárov. Budú spolupracovať s odbornými garantmi a vytvoria im optimálne podmienky na implementáciu odborných postupov SSVPL.

Výbor schválil témy pripravovaných odborných postupov a určil odborných garantov SSVPL:

1. Antiinfekčná a ATB liečba v amb. VLD. Základné vyšetrovacie postupy pri ORL ochoreniach. POCT metody v praxi: CRP, Strep test – **MUDr. Bérešová Eva**
2. Prediabetes v ambulancii VL . Diabetes mellitus v ambulancii VL, POCT metódy HbA1c – **MUDr. Peter Lipták**
3. Odborné preventívne postupy KV a onkologických ochorení. – **MUDr.Janka Bendová**
4. Arteriálna hypertenzia. Odborné postupy v ambulancii VL – **MUDr. Martina Jandzíková**
5. Predanesteziologické vyšetrenie v ambulancii VL – **MUDr. Patrícia Eftimová**
6. Očkovanie – **MUDr. Iveta Vaverková**
7. Obezita a poruchy metabolizmu – **MUDr. Peter Pekarovič**
8. PAO – **MUDr. Ján Kaňuch**
9. Odborné postupy pre manažment CHOCHP a AB v ambulancii VL – **MUDr. Janka Bendová**
10. Odborné postupy na posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu – **MUDr. Peter Bakič**
11. Zdravotná spôsobilosť vodičov – **(Jandzíková/ Bakič)**
12. Legislatívna problematika pre VLD – **MUDr. Jana Striško - Senčáková**

Pred XXXV. Výročnou konferenciou predstavujeme prvé dva postupy, priložené k tomuto číslu VP 2/2014.

pl

WORKSHOP MLADÝ PRAKTIK

Nazri oknom do sveta!

v piatok 17.10.2014 od 10.00 do 12.00

hod v konferenčnom saloniku Gold v Grandhotel Bellevue v Hornom Smokovci.

Registrácia na konferenciu stojí po 1.9.2014 - 40 eur pre lekárov členov SSVPL, 50 eur pre nečlenov VPL. Poplatok len na 1 deň je 20eur pre členov SSVPL a 25 eur pre nečlenov SSVPL.

Študenti, organizátori,prednášatelia a výbor majú vstup voľný.

mladipraktici.sk

AKÚTNY KORONÁRNY SYNDRÓM

Martin Studenčan

Milí kolegovia,

po 8 rokoch vychádza nové vydanie knihy Akútny koronárny syndróm. Mnohé nové klinické štúdie a rýchly vývoj medicíny v tejto problematike si vynútili prepracovanie väčšiny kapitol, skoro 50 % citovaných zdrojov muselo byť obnovených.

V posledných rokoch sa objavila celá séria oficiálnych európskych odborných odporúčaní, ktoré bolo potrebné do knihy premietnuť – Odporúčania ESC a špecializovaných asociácií pre revaskularizáciu myokardu (2010), AKS bez elevácie ST (2011), Dyslipidémia (2011), Prevencia KV chorôb (2012), AKS s elevéciou ST (2012), Akútne a chronické srdcové zlyhávanie (2012), 3. Univerzálna definícia infarktu (2012), Artériová hypertenzia (2013), Kardiostimulačná a resynchronizačná liečba (2013), Diabetes a KV choroby (2013). Do konceptu knihy veľmi prirodzene zapadli aj nové poznatky zo SLOVenského registra Akútnych Koronárnych Syndrómov (SLOVAKS) a v knihe sú integrované aj aktuálne odporúčania Slovenskej kardiologickej spoločnosti pre včasný manažment STEMI. Prednemocničnej fáze STEMI je venovaná zvláštna pozornosť, keďže už vtedy sa zásadným spôsobom rozhoduje o prognóze pacienta.

Mojím cieľom bolo zachovať „polopatistický" charakter knihy, kde si lekár podľa obsahu rýchlo nájde svoju otázku a na príslušnej strane zasa odpoveď. Pre tých v časovej tiesni sú v mnohých kapitolách belasé zvýraznené odstavce s najpodstatnejšou odpoveďou na daný problém.

Verím, že kniha má potenciál stať sa praktickou pomôckou pre lekárov manažujúcich pacientov s AKS pri lôžku, ale aj pre posádky RLP/RZP v teréne či ambulantných kardiológov a internistov. Pre rýchlu orientáciu v najnovšej problematike AKS, či už ide o akútnu liečbu alebo prevenciu, pomôže aj praktickým lekárom a študentom medicíny.

autor

„… kniha poskytuje čitateľovi prehľad najnovších poznatkov o akútnych koronárnych syndrómoch od ich etiopatogenézy, cez klinický obraz, rozhodovacie postupy, po všetky aspekty liečby a prevencie. Je to moderná knižka, ktorá sa nielen dobre číta, ale aj pamätá, neobťažuje zložitými detailami, ale v žiadnom prípade nepôsobí povrchne. Je zrozumiteľná po prvom čítaní a čitateľ intuitívne chápe podstatu problému, ale aj úskalia, neurčitosti a limitácie nášho poznania a konania. Príťažlivosť publikácie umocňujú početné schémy, obrázky a grafy, ktoré nie sú samoúčelné. Umožňujú rýchlu a názornú rekapituláciu faktov a pochopenie zložitých vzťahov...

Prajem knihe veľa spokojných čitateľov a som presvedčená, že neostane len disciplinovane uložená v knižnici, ale budeme ju vídať na stoloch, nočných stolíkoch alebo v príručnej batožine nachystanej na cesty za poznaním."

Z recenzného posudku

doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC

„…autor předkládá po 8 letech nové, zcela přepracované vydání publikace o akutních koronárních syndromech. Toto téma zůstává i po osmi letech nanejvýš aktuální, což autor velmi přesvědčivě dokumentuje hned v první kapitole v nejnovějších mortalitních statistikách WHO a ESC z roku 2012.

...nové vydání publikace Akútny koronárny syndróm považuji za velmi zdařilé a jsem přesvědčen, že každý pečlivý čtenář přečte knížku se stejným potěšením, jako jsem to učinil já."

Z recenzného posudku

prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc., FESC, FACC

Knihu si môžete objednať na e-mailovej adrese: kosikova@mediagroup.sk alebo telefonicky 0917 640 888
v cene 24,-€ (vrátane poštovného a balného)

Vydala: Media Group, s.r.o.
240 strán, formát B5
ISBN:978-80-969790-1-1

20th Wonca Europe Conference 2015 İstanbul

"FUTURE OF FAMILY MEDICINE... BEING YOUNG, STAYING YOUNG"...

October 22-25, 2015

Halic Congress Center

İstanbul / TURKEY

TAHUD
TURKISH ASSOCIATION
OF FAMILY PHYSICIANS

www.wonca2015.org

SSVPL PODPORÍ AKTÍVNU ÚČASŤ SVOJICH ČLENOV.