

Príhovor prezidenta SSVPL



Vážené kolegyně a kolegovia, v prvom rade Vám chcem všetkým poďakovať za vašu podporu a aj za vašu skvelú prácu. Vo viacerých prieskumoch všeobecní lekári majú veľkú dôveru svojich pacientov. Je to dôležité vedieť, hlavne v časoch, keď sú tendencie našu prácu podceňovať. Vysoká dôvera našich pacientov v nás, by nám mala byť dostatočnou podporou aj motiváciou pokračovať v našom poslaní.

Chcem poďakovať aj všetkým členom výboru ale aj členom SSVPL, ktorí reprezentujú našu odbornú spoločnosť doma aj v zahraničí. Výsledkom ich obetavej práce sú úspechy, ktoré sme v roku 2016 dosiahli. Vďaka patrí Dr. Petrovi Liptákovi za prácu, ktorú odviezol pre naše prijatie za riadneho člena WONCA. Od roku 1982 sme boli pridruženým členom WONCA (Svetová organizácia všeobecných praktikov) ale tento rok nás prijali za riadneho člena. Túto podporu WONCA sme dokázali zúročiť už na konferencii WONCA EUROPE v júni 2016 v Kodani kde výbor WONCA Europe vybral našu ponuku usporiadať svoju konferenciu v roku 2019 v Bratislave. Takže o tri roky 26.-29. júna sa staneme po prvý raz v histórii „Mekkou“ európskych všeobecných praktikov. Za prípravu našej kandidatúry ale aj úspešnú reprezentáciu SSVPL na pôde WONCA patrí veľká vďaka Dr. Michaele Macháčovej a Dr. Jane Bendovej. Plné členstvo nám garantuje účasť na konferenciách vo svete ale aj účasť tých najlepších profesorov na našich vzdelávacích akciách ako uvidíme už tento rok.

Naša odborná spoločnosť tento rok organizuje svoju tradičnú najväčšiu odbornú konferenciu pre všeobecných lekárov vo Vysokých Tatrách v Starom Smokovci v hoteli Bellevue. V tomto roku pôjde o výnimočný kongres.

Najviac sa tešíme na súčasného prezidenta WONCA World, Michaela Kidda. Profesor Michael Kidd je v súčasnosti aj dekanom Lekárskej fakulty Flinders University v austrálskom Adelaide. Jeho zásluhou dochádza celosvetovo k posilňovaniu primárnej zdravotnej starostlivosti, k zlepšovaniu postavenia všeobecných praktikov a k prehľbovaniu vzdelávania v našom odbore. O náš typ práce, t.j. všestranného praktika v primárnej starostlivosti rastie záujem mladých lekárov na všetkých kontinentoch. Bude to ten istý Michael Kidd, ktorý sa zúčastnil na našej konferencii už v Bojniciach v roku 2007. O jeho neúnavnosti svedčí aj to, že v stredu k nám pricestuje z Adis Abeby z konferencie etiópskych praktikov a v sobotu bude pokračovať do brazílskeho Ria aby viedol prípravu na konferenciu WONCA WORLD, kde sa očakáva koncom októbra 4-5 tisíc všeobecných praktických/rodinných lekárov z celého sveta. Na našom kongrese bude kresťiť slovenské vydanie svojej knihy „Prínos všeobecného praktického lekárstva k zlepšovaniu zdravotných systémov“.

Preklad a vydanie zabezpečila SSVPL, ktorá ako členská organizácia disponuje autorskými právami na všetky publikácie WONCA. Týmto chceme sprístupniť informácie o význame a prínose všeobecného praktického lekárstva, ktoré pod vedením M. Kidda spracoval autorský tím troch desiatok, v súčasnosti tých najuznávanejších profesorov všeobecného praktického /rodinného lekárstva zo sveta. Dôležitosť odboru pre fungovanie zdravotníctva podčiarkla aj generálna riaditeľka WHO Margaret Chan, ktorá túto knihu pokrstila pred 3 rokmi na konferencii WONCA World v Prahe, čoho sa mali možnosť zúčastniť mnohí z nás. Keďže Achilovou päťou rozvoja všeobecného praktického lekárstva na Slovensku je predovšetkým nedostatok vedomostí o výsledkoch súčasnej svetovej vedy v organizácii zdravotných systémov, kde je zakotvená základná a nepostrádateľná úloha primárnej starostlivosti pre kvalitu, efektívitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, bude táto kniha vý-

*znamným prínosom nielen pre našu všeobecnú prax ale aj pre iné odbory a inšpiráciou pre reformu nášho zdravotníctva. Z tohto dôvodu budeme komunikovať vzácnu návštevu aj s ministerstvom zdravotníctva, lekáorskými fakultami, predsedníctvom SLS a médiami. So svojím kľúčovým posolstvom dotýkajúcim sa tejto problematiky komplexne vystúpi Michael Kidd vo štvrtok 13.10.2016. Chcem vyzvať všetkých kolegov aby si nenechali ujsť túto príležitosť, kedy náš prínos a z neho vyplývajúce potreby a požiadavky našej všestrannej praxe sformuluje tento náš významný profesor a v súčasnosti najuznávanejší manažér rozvoja všeobecnej praktickej medicíny vo svete. Slovenské vydanie knihy profesora Kidda, ktoré vyšlo pôvodne vo vydavateľstve Radcliffe Publishing Ltd v Londýne v roku 2013 zabezpečila SSVPL pre všetkých účastníkov konferencie a bude k dispozícii pre všetkých registrovaných účastníkov. V piatok s kľúčovým posolstvom vystúpi prof. Roar Maagard, prezident konferencie WONCA v Kodani a významný člen Európskej akadémie učiteľov všeobecného a rodinného lekárstva (EURACT) s témou: „**Pacienti sú absolútne najdôležitejšími osobami v ambulancii**“. Všetky prednášky budú simultánne prekladané a tak zrozumiteľné pre široké slovenské publikum. Nevynechajte túto príležitosť vypočuť si našich kolegov a ich pohľad na spoločné problémy.*

Vo štvrtok odoznejú aj prednášky z oblasti pracovného lekárstva, posudkového lekárstva, výživy a vhodnosti výživových doplnkov ale aj obezitológie, hepatológie, alergológie a imunológie, dermatológie a mnoho ďalších. V piatok budú uvedené aj prednášky z onkológie, endokrinológie, angiológie. V sobotu upozorňujem na blok českých praktikov z partnerskej SVL ČLS JEP, ktorí predstavia svoj nový doporučený postup „Psychosomatická medicína vo všeobecnej praxi“. Môžeme sa tešiť aj na profesora Bohumila Seiferta, ktorý nás pozve na Wonca konferenciu, ktorá bude v roku 2017 znovu v Prahe a v rámci ktorej pripravujeme spoločne aj zopakovanie Česko-slovenského dňa. Našu konferenciu v sobotu bude uzatvárať právny blok s otvoreným koncom a možnosťou diskusie. Ďalej sme pripravili workshopy, kde v menších skupinkách si budeme môcť zdokonaľiť svoje zručnosti.

V piatok je to aj praktický kurz Nordic Walking. O jeho význame pre zdravie sa dozvieme už vo štvrtok poobede. V rámci workshopov sú ďalej témy EKG, meranie ABl indexov a ich význam, resuscitácia, využitie moderných informačných technológií. Workshopy budú moderovať naši kolegovia všeobecní praktickí lekári, tak si môžete najlepšie vymeniť svoje vlastné skúsenosti.

Vzhľadom na veľké množstvo zaujímavých tém, dôležité prednášky budú on-line vysielané na portáli meditrend.sk, aby sme témy odkomunikovali aj pre tých, ktorí sa nebudú môcť osobne zúčastniť. Tu zstanú potom v archíve prezentácie dostupné pre záujemcov. Stránka www.meditrend.sk je stránka zaoberajúca sa elektronickým vzdelávaním pre lekárov a medicínskych pracovníkov, s ktorou SSVPL dlhodobo spolupracuje. Z konferencie bude vydané kompendium v Zdravotníckych novinách a kniha abstraktov z prednášok, ktoré nám budú dodané. Vo štvrtok a piatok večer sme pre Vás pripravili kultúrny a spoločenský program, kde si každý z nás môže oddýchnuť a vymeniť si skúsenosti s kolegami. Tolko k tejto výnimočnej vzdelávacej akcii.

Vo štvrtok 13.10. 2016 sa uskutoční o 17.30 hod v jedálni hotela Bellevue členská schôdza SSVPL. Pozývame všetkých členov SSVPL a očakávame vysokú účasť, pretože potrebujeme získať podporu členskej základne vzhľadom k vážnosti situácie, ktorú riešime v odbore. Budeme diskutovať postavenie odboru, návrhy reformných krokov ale aj naše ekonomické podmienky. V ekonomickej oblasti výbor SSVPL aj naďalej považuje kapitátnu platbu za základnú platbu, ktorá musí pokrývať fixné náklady na prevádzku našich ambulancií a tak chrániť aj pacienta pred prílišnou medicalizáciou. Podporujeme jednoznačne zachovanie kapitátnej platby, v zhode s medzinárodnými štúdiami, ako podstatného nástroja dôležitého pre výkonnosť a finančnú efektívitu ambulantného sektora. Preto odmietame opakovane navrhované zníženie súčasnej kapitátnej platby na 50%, ako aj sa obávame možného prechodu na 100% výkonnosťnú platbu (bozdovanie), čo predpokladáme, že môže byť v pláne terajšieho MZSR vzhľadom



Historický dokument - Certifikát Wonca World o prijatí SSVPL za "Wonca Full Member"

k príprave novej katalogizácie zdravotných výkonov aj v našom odbore. Preto žiadame naopak zvýšiť kapitáciu na úroveň pokrytia našich fixných nákladov a zavedenie podporných platieb, takzvaných platieb za výkony (P4P), aby umožňovali navýšenie príjmu ambulancií o 20% až 30% nad fixné náklady pokryté kapitáciou, tak ako je to vo väčšine krajín EU. Spoločne so SLK a ZAP presadzujeme skrátenie doby LSPP a redukciu jej siete. Podporujeme Rezidentský program Hlavnej odborníčky MUDr. Moniky Paľuškovéj ale upozorňujeme na nevyhnutnosť aj jeho trvalej finančnej podpory zo strany štátu tak, aby došlo konečne k náprave nekonzistentnej práce s ľudskými zdrojmi, keďže v súčasnosti chýba už cca 1000 všeobecných praktických lekárov. Iba tak môžeme dúfať, že svoje praxe budeme môcť raz niekomu odstúpiť... V tejto oblasti sa opierame o závery posledného Svetového zhromaždenia WHO v máji 2016, kde nachádzame v agende Workforce 2030 silnú argumentáciu na podporu našich cieľov.

Vidíte, je to každým rokom stále viac a viac problémov a preto Vás naliehavo vyzývame k aktívnej účasti na členskej schôdzi SSVPL.

Už viac ako 4 roky fungujeme bez vašich členských príspevkov. V roku 2016 sme schválili 10€ členský príspevok, ktorý pokrýva hlavne členstvo našej odbornej spoločnosti vo WONCA a EFPC a umožňuje nám zabezpečovať nášmu úsiliu podporu silnej medzinárodnej komunity všeobecných praktických/rodinných lekárov. Vaše členské príspevky nie sú len finančnou podporou nášho úsilia ale sú aj vašim hlasom za to čo presadzujeme.

Tešíme sa na bohatú účasť všetkých ale najmä mladých všeobecných lekárov a našich sestier na tohtoročnej výročnej konferencii.

V Snine 5.9.20106
MUDr.PeterMakara, MPH
prezident SSVPL

Obsah

Príhovor prezidenta SSVPL (Peter Makara)	2
Naše prvé európske víťazstvo, ponuka SSVPL v Kodani zvíťazila! (Peter Pekarovič)	4
Konkurencia bola znepokojujúco príťažlivá – Florencia, Paríž, Dubrovník, Vilnius, Kos a Bratislava (Jana Bendová)	4
Slovenskí Mladí Praktici na VdGM Prekonferencii WONCA 2016 v Kodani (Ľudmila Resutíková)	5
Rokovania všeobecných lekárov v European medical agency (Štefan Krnáč)	6
Konferencia EQuIP 22. - 23. apríl 2016, Praha (Štefan Krnáč)	7
Blíži sa Wonca 2016, 2017, 2018, 2019	8
ZAP pokračuje v práci (Peter Pekarovič)	9
ABC Preventívna Prehliadka – Všeobecní praktickí lekári za zdravie (SSVPL, Špirála zdravia, WHO, Slovenský pacient)	10
Algoritmus diagnostiky lymfómu pre praktických lekárov (Miriam Ladická)	12
Predstavujeme sieťové organizácie WONCA Europe – 25 rokov EQuIP (1991-2016) (Ulrik Bak Kirk)	13
Ako funguje primárna starostlivosť v Brazílii (Peter Lipták)	16
Absurdná situácia vo financovaní primárnej starostlivosti v SR (Peter Lipták)	17
Slovenská lekárska komora pred svojim snemom (Peter Pekarovič)	17
Životopis prezidenta Wonca World (Peter Lipták)	18
Prínos všeobecného praktického lekárstva k zlepšovaniu zdravotných systémov (Michael Kidd)	20

Prílohy:

1. Dotazník – Dni zdravého srdca 2016, 2. Dotazník – Stop rakovine 2016, 3. Prihláška / Aktualizácia údajov člena SSVPL,
4. Samolepky – Všeobecní praktickí lekári za zdravie, 5. Program XXXVII. Výročnej konferencie SSVPL

Všeobecný praktík ISSN 1339-2840

Adresa redakcie: Všeobecný praktík, Dobrovičova 10, 811 09 Bratislava

E-mail: vseobecny.praktik@vpl.sk

Editor Peter Lipták. Redakčná rada: Prof. Ján Murín, CSc., MUDr. Michaela Macháčová, MUDr. Adriana Šimková, PhD., MUDr. Peter Pekarovič. Autori fotografií: Štefan Krnáč, Vladimír Benko, Janka Liptáková, Peter Lipták a autori článkov.

Grafické práce: Barbora Gerthoferová a Viktor Vadkerti.

Tlač a distribúcia: Knihtlač Gerthofer Zohor.

Všeobecný praktík je časopis Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SSVPL, Stredná 80, 821 04 Bratislava, IČO: 35607131, DIČ: 2020971502, zapísaná v registri občianskych združení MV SR č.spisu VVS/1-900/90-11564.



Naše prvé európske víťazstvo, ponuka SSVPL v Kodani zvíťazila!



Dokázali sme to! Po dvojročnej príprave sme úspešne zavřili našu snahu. Vďaka nášmu sústrednému úsiliu a vytrvalosti. V priamej konkurencii ponúk ďalších 5 krajín (Paríž, Florencia, Dubrovnik, Vilnius, Kos) sme s našim projektom na usporiadanie kontinentálnej konferencie Wonca Europe 2019 v Bratislave nad všetkými jasne zvíťazili.

Zo zaslaných európskych projektov cez prísne posúdenie komisie výboru postúpili nakoniec do záverečného hlasovania ponuky 6 krajín. Projekt SSVPL medzi nimi. V Kodani na výbore Wonca Europe tieto kandidujúce krajiny predniesli podrobnosti svojich návrhov. Nasledovala ústna obhajoba jednotlivých kandidujúcich krajín pred fórom zástupcov prakticky celej Európy (zúčastňovalo sa ho 30 členských krajín Wonca a 20 pozorovateľov z ďalších organizácií). Kládli sa zvedavé otázky, hľadali možné nedostatky.

Nakoniec sa pristúpilo k tajnému hlasovaniu v predpokladaných 3 kolách. Už po prvom kole hlasovania bolo Slovensko jasne najlepšie. Do druhého kola postúpili 3 krajiny.

Pri spočítavaní tajného hlasovania v 2. kole nastalo medzi asi 100 prítomnými absolútne ticho. Nikto ani nedýchal, počuli by ste aj „špendlík spadnúť“. Naši zástupcovia takéto napätie ešte nezažili. Vážnosť chvíle sa dala hmatat. Skrutátori nakoniec do úplného ticha prítomných oznámili výsledok hlasovania: Slovensko sa stalo jednoznačným víťazom!

Vybuchla sopka nadšenia a obrovského potlesku, gratulácie, slová uznania, povzbudení a rešpektu. Gratulácie kolegov príležitostne trvali aspoň tri dni. Na Slovensku sme ešte konferenciu Wonky nemali a všetci sa k nám tešia! Oprávnené sme mohli byť hrdí na našu krajinu a na náš tím v SSVPL. Niečo takéto slovenskí všeobecní praktici ešte nezažili.

Môžeme povedať, že medzinárodné uznanie SSVPL, nás naplnilo

hrdosťou a dodalo nám veľa pozitívnej energie. Cítíme, že sme na tej správnej lodi. Vždy sme pracovali pre všeobecných lekárov v našej krajine. Nehájime ani svoje osobné, ani skryté záklusné skupinové záujmy. V dnešnej zložitej situácii cítíme dve silné opory:

1. Presvedčenie nášho tímu, že konáme to najlepšie pre odbor.
2. Presvedčenie, že dnes za nami stojí 1.400 našich členov (z celkových cca 2200 VLD v krajine).

Cítíme veľkú zodpovednosť voči členskej základni, usilujeme sa o to, aby sa všeobecní lekári na Slovensku dokázali pozdvihnúť! Podporujte nás svojim členstvom a svojou účasťou na našej konferencii v Tatrách. Aby bolo možné uskutočniť zmeny potrebujeme demonštrovať silu a tá je vo vašej podpore SSVPL. Za takejto situácie máme tú silu pracovať ďalej v prospech nás všetkých.

Čakajú nás 3 roky nesmiernej práce na príprave Wonca Europe Bratislava 2019. Budeme to robiť obetavo a radi, ale čakáme aktívnu účasť čo najväčšej skupiny našich členov. Pozerá sa a podporuje nás celá európska pospolitosť všeobecných lekárov. Budú u nás pracovať tímy profesorov z Wonky a sme presvedčení, že nám pomôžu sa dotiahnuť na európsku úroveň. Slovensko budeme môcť predstaviť nielen európskym kolegom, pretože na Wonca Europe konferenciách sa každoročne zúčastňujú početní lekári aj z Nového Zélandu, Austrálie, Japonska, Afriky, USA, Kanady, Latinskej Ameriky. Naozaj prakticky celý svet. V Kodani bolo 3.100 účastníkov, medzi nimi i 10 členov SSVPL.

Zachovajte nám podporu a pridajte sa aj k nášmu aktívnemu tímu. Dodá nám to potrebnú silu. Vynasnažíme sa nesklamáť vás.

Dovidenia na našej výročnej konferencii v Starom Smokovci v októbri!

16.6.2016 Kodaň,

MUDr. Peter Pekarovič, vedecký sekretár SSVPL

Konkurencia bola znepokojujúco príťažlivá – Florencia, Paríž, Dubrovnik, Vilnius, Kos a Bratislava

Ponuku SSVPL reprezentujúcu Slovensko vo Wonca World, predkladala a obhajovala MUDr. Jana Bendová, všeobecná lekárka z Veľkého Biela, ktorá nás v uplynulých rokoch zastupovala v medzinárodných výboroch WONCA a EURACT (združuje učiteľov všeobecného lekárstva v Európe). Svoje bezprostredné dojmy zhrnula po hlasovaní pre VP nasledovne:

„Konkurencia bola znepokojujúco príťažlivá - medzi uchádzačmi boli atraktívne mestá Florencia, Paríž, Dubrovnik, Vilnius, či ostrov Kos. Na prezentáciu dostala každá krajina 5 minút – museli sme do 5 minút vtisnúť všetky dôležité informácie a pridať aj štipku emócií. Naša prezentácia sa stretla s veľkým úspechom. V tejto silnej konkurencii Slovensko obstálo a tak môžeme s hrdosťou vyhlásiť, že konferencia WONCA Europe sa v júni 2019 bude konať v Bratislave.

Hlasovanie prebiehalo v 2 kolách. V prvom kole sa v tajnom hlasovaní hlasovalo o všetkých uchádzačoch, pričom do ďalšieho kola postúpili už len 3 krajiny s najvyšším počtom hlasov. Už v prvom kole Bratislava valcovala ostatné ponuky, keď sme dostali hneď 12 hlasov z 30. Druhý Dubrovnik s výrazným odstupom bodoval s 5 hlasmi. V druhom kole sa pre Bratislavu rozhodlo až 15 z 29 hlasujúcich delegátov. Dubrovnik na druhom mieste dostal len 8 hlasov. Tento výrazný odstup ako aj následné pochvalné vyjadrenia zástupcov viacerých krajín

na našu adresu svedčia o príťažlivosti Slovenska a o kvalite pripravenej ponuky SSVPL.“

(pl)



Časť našej skupiny na Wonca Europe konferencii v Kodani
zľava: Mária Matusová, Jana Bendová, Stanislava Bachledová, Štefan Krnáč,
Adriana Šimková, Peter Makara, Peter Pekarovič, Soňa Ostrovská

Slovenskí Mladí Praktici na VdGM Prekonferencii WONCA 2016 v Kodani

V dňoch 14. – 15. júna 2016 sa na Fakulte Zdravotníctva a Medicínskych Vied (Panum) v Kodani v Dánsku uskutočnila prekonferencia hnutia Vasco da Gama Movement, ktoré združuje mladých európskych všeobecných praktických lekárov do piatich rokov po atestácii a lekárov zaradených v tomto odbore. Prekonferencia predchádzala 21. európskej WONCA konferencii, ktorá sa uskutočnila v kongresovom centre Bella Center 15. – 18. júna 2016 pod heslom „**Rodinní lekári s hlavami a srdcami**“.

Prekonferenciu otvárali slávnostné príhovory nesúce sa v duchu myšlienky „**GPTOPIA**“ utópie všeobecného lekárstva budúcnosti – od dystopie k eutopii.

Mladým praktikom sa prihovril prezident organizácie VdGM Dr. Peter A Sloane z Írska a motivoval nás všetkých svojím odhodlaním a chuťou aktívne pracovať v prospech všeobecného praktického/rodinného lekárstva. Hlavnou témou bola zmena „**Pokrok je nemožný bez zmeny. A kto nedokáže zmeniť svoje myslenie, nedokáže zmeniť nič.**“

Svoje otváracie príhovory predniesli tiež prezident Európskej WONCA Job FM Metsemakers z Holandska, prezident svetovej organizácie všeobecných lekárov WONCA Michael Kidd z Austrálie, predseda dánskej Organizácie praktických lekárov Dr. Christian Freitag.

K úspechom hnutia VdGM mladým lekárom zablahoželal prezident hostiteľského organizačného výboru Roar Maagaard, vyzdvihol úlohu prekonferencií VdGM vo výchove budúcich lídrov s medzinárodným prehľadom. A pripomenul nám motto konferencie WONCA EUROPE 2016: „**Cudzinec je len kolega, ktorého ste ešte nestretli.**“

Po slávnostnom otvorení prekonferencie sme sa my - mladí lekári rozdelili do ôsmich skupín. Európska rada VdGM tvorená národnými delegátmi z európskych krajín a sedem medzinárodných pracovných skupín.

V štyroch skupinách kolegovia tvorivo debatovali na témy ako Medzinárodné zdravie, Viediecké lekárstvo, Kvalita zdravotnej starostlivosti o pacientov s chronickými ochoreniami, Elektronická komunikácia a internetová medicína. Závery debát boli prijaté ako rezolúcia GPTOPIE.

VdGM v spolupráci s WONCA (Svetová organizácia všeobecného praktického/rodinného lekárstva) pripravila pre mladých lekárov ďalšie 3 workshopy, pracovné skupiny, kde sa učili napr. Ako byť lídrom alebo boli zasvätení do tajov témy Výskumu v primárnom kontakte. Dôležité miesto mal aj workshop Násilie v rodine, ktorého závery tiež obohatili rezolúciu GPTOPIE.

Slovensko malo zastúpenie v pracovnej skupine Elektronická komunikácia a internetová medicína. Do aktívnej tvorivej činnosti a plodných debát sa zapojila MUDr. Andrea Kyšková – Michalková, mladá praktička z Bratislavy, novovymenovaná národná koordinátorka výmenných pobytov Slovenska. Napriek vyzdvihnutiu pozitív mnohých výdobytkov modernej doby v starostlivosti o pacienta, záverom workshopu bola predsa len nenahraditeľnosť osobného vzťahu lekára s pacientom! Doktorka Kyšková – Michalková svoje vedomosti využije nepochybne nielen vo vlastnej lekárskej praxi, ale ich bude aj ďalej šíriť ako administrátorka internetovej webovej stránky slovenských Mladých Praktikov (www.mladipraktici.sk)

V Európskej Rade hnutia Vasco da Gama Movement som ako národná reprezentantka Slovenska vystupovala ja MUDr. Ľudmila Resutíková. V Kodani dostala Európska Rada úplne nový šat, na základe podnetov z minulých rokov sa pomerne strnulé teleso zmenilo na aktívnu tvorivú dielňu, usporiadanú do pracovných skupín, kde sme sa všetci aktívne vyjadrovali k fungovaniu, štruktúre, organizácii, financovaniu a smerovaniu hnutia VdGM.

Najdôležitejšou úlohou bola voľba prezidenta VdGM. Kandidáti boli dvaja, boli výborne pripravení, s kvalitnými skúsenosťami a podporou členov Európskej Rady. Mladý praktik z Portugalska člen výkonného výboru VdGM Luis de Pinho-Costa a charizmatická dlhoročne aktívna mladá praktička Claire Marie Thomas zo Spojeného Kráľovstva, ktorá svojím motivačným prejavom presvedčila väčšinu Európskej rady a získala tak post novozvolenej prezidentky VdGM (President Elect VdGM).

Claire uzavrela trojicu žien novozvolených prezidentiek, ktoré čoskoro aktívne prevezmú svoje funkcie. Sú to Amanda Howe ako President Elect Wonca WORLD, Anna Stavdal ako President Elect Wonca EUROPE a napokon Claire Marie Thomas ako President Elect VdGM.

Všetky tri dámy pôsobia motivujúco a aktívne, majú silné osobné vyžarovanie, no zostávajú stále pevne nohami na zemi. Aj Amanda Howe je príjemná skúsená kolegyňa, s ktorou sa môžete porozprávať napr. cestou autobusom na prekonferenciu, ako sa to stalo nám s kolegyňou Andreou. Môžete sa dozvedieť, že Anna Stavdal sa kedysi aktívne venovala tancu. Alebo môžete debatovať s Claire Marie Thomas o jej dobrovoľníckej práci lekárky v Ugande.



A ako? Staňte sa aktívnym mladým praktikom, ukážte svoj talent! Kontaktujte nás na adrese mladi.obvodaci@gmail.com alebo sa registrujte cez webovú stránku www.mladipraktici.sk, prídte na workshop slovenských Mladých Praktikov na výročnej konferencii SSVPL v Starom Smokovci 13.10.2016 a dajte o sebe vedieť. Chceme Vás spoznať a podporiť Vašu dobrovoľnú aktivitu.

Slovensko bude vďaka neúnavnej aktívnej práci SSVPL hostiteľskou krajinou Európskej Konferencie WONCA 2019 v Bratislave a slovenskí Mladí Praktici dostanú príležitosť privítať kolegov z Európy na prekonferencii VdGM 2019!

Tak ako prekonferencia VdGM i konferencia WONCA v Kodani nás obohatila a inšpirovala svojím odborným programom vďaka podpore SSVPL, chceme aj my šíriť pozitívnu motiváciu pre mladých všeobecných lekárov na Slovensku a postupne dosahovať ciele GPTOPIE - eutopie všeobecného lekárstva. Konať pri tom v rozumnej rovnováhe hlavy a srdca!

*MUDr. Ľudmila Resutíková, všeobecná praktická lekárnica
predsedníčka slovenských Mladých Praktikov – odbornej sekcie SSVPL
(Slovenskej Spoločnosti Všeobecného Praktického Lekárstva)*

Kontakt: mladi.obvodaci@gmail.com

Web: <http://www.mladipraktici.sk/>

Facebook : Mladí Praktici Slovensko

Rokovania všeobecných lekárov v EMA (European medical agency)

<http://www.ema.europa.eu/ema/> – Londýn 19. 4. 2016

Úvodom by som poblahoželel vedeniu našej spoločnosti k úspechu kandidatúry SSVPL za riadneho člena svetovej organizácie praktických lekárov (WONCA). To, že sme sa stali plnými členmi s hlasovacím právom, zvýšili sme šancu na získanie poverenia organizovať európsku konferenciu všeobecných lekárov WONCA EUROPE v roku 2019. Podotýkam, že už vlni na konferencii v Istanbule (WONCA EUROPE) sme v hlasovaní o kandidatúru na organizovanie WONCA EUROPE v prvom kole dosiahli rovnaký počet hlasov ako protikandidát z Poľska (Krakow). Tým, že sme však ako pridružení členovia nemali hlasovacie právo sa stalo, že nám k jednoznačnému víťazstvu už v prvom kole vtedy chýbal jeden hlas. Ak by sme boli plnohodnotnými členmi, už by bola konferencia u nás v roku 2018. Nevadí. Nás to vyprovokovalo k ešte väčšiemu úsiliu a preniknutiu do štruktúr WONCA.

Ako nový člen WONCA a zároveň člen EFPC (Európske fórum pre primárnu starostlivosť) sme dostali pozvanie na stretnutie EMA v Londýne (European medical agency) s lekármi prvého kontaktu z európskeho regiónu. EMA je poradný orgán európskej komisie pre zdravotníctvo a spadá pod Európsky parlament. Z poverenia výboru SSVPL som dostal príležitosť zúčastniť sa na tomto stretnutí lekárov prvého kontaktu v sídle EMA v Londýne.



Obsahom celého stretnutia bola komunikácia tejto organizácie na kontrolu liečiv s všeobecnými praktikmi z celej EU, ktorí ako zistila táto organizácia predpisujú najväčší počet liekov, avšak doteraz neboli prizývaní na takéto rokovania s EMA. Pýtate sa prečo až teraz? My všetci sme dali takú istú otázku vedeniu EMA. Odpoveď bola neistá a skôr vyhýbavá s pozvaním na ďalšiu spoluprácu.

Samotné stretnutie začalo už deň pred oficiálnym stretnutím, na ktorom sme sa všetci zišli na pôde EMA. Pri vstupe do EMA bola prísna kontrola - museli sme predložiť pozvanie a zároveň predložiť občianske preukazy alebo pasy. Stretnutie začalo predstavením všetkých zástupcov krajín, prebehli neformálne stretnutia a rozhovory medzi nami ohľadom predpisovania liekov, sledovania nežiaducich účinkov liekov, kontroly preskripcie liekov a systémov zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajinách EU. Keďže som už ako zástupca SR bol na viacerých zahraničných kongresoch, stretol som tam veľa priateľov a zástupcov WONCA, EFPC, EQuIP a UEMO. Veľmi potešiteľné bolo, že EMA nemá záujem len o západné krajiny, ale aj o tzv. východný blok, ktorý má úplne iný systém zdravotnej starostlivosti ako západná Európa.

Pri večerných rozhovoroch sme preberali otázku CRP vyšetrení a zvýšenej spotreby ATB. Zhodli sme sa v názore, že CRP by malo byť v plnej

výške hradené zdravotnými poisťovňami, čím by prišlo k zníženej spotrebe ATB, ktorá je vo východnom bloku neprimerane vysoká. Momentálne majú problém s rezistenciou pneumokoka v Belgicku, niektoré štáty EU nám závidia bezplatné očkovanie proti pneumokokom každých 5 rokov u chronicky chorých po 65 roku života a u chronických ochoreniach pľúc. Ocenili systém bezplatného povinného očkovania v SR. Taktiež aj v iných štátoch zaznamenali nárast atypických infekcií a vírusových ochorení s ťažším priebehom.

Na druhý deň ráno začalo už oficiálne zasadnutie EMA so všetkým čo k tomu patrí ako v Europarlamente (nahrávanie všetkých rozhovorov a názorov, sprievodca po veľkej budove, vizitky, všetky vstupy na čipy, rokovanie na stoloch s mikrofónom). Program začal príhovorom prezident EMA Dr. Guido Rasi. Nasledovali prednášky prof. Waltera Marrocca z Talianska, Anny Stավdal z Nórska, Neni Kopcavar Gucek zo Slovinska a prof. Thierry Christiaens z univerzity z Gentu. Potešil ma ich záujem so mnou komunikovať na rôzne témy, vymieňali sme si nové informácie, ktoré by mohli pomôcť v zlepšení zdravotnej starostlivosti a viedli k benefitu pre pacienta a k zníženiu NÚ liekov.



Poobede sme pracovali v 2 skupinách po 10 lekárov s vedením EMA. Tam musel každý povedať nejaký príspevok k 4 oblastiam:

- 1) ako môžu VP zvýšiť farmakovigilanciu – sledovanie a hlásenie NÚ liekov,
- 2) ako môže čím najlepšie a najrýchlejšie komunikovať EMA s VP v Európe,
- 3) ako prispieť k nezávislosti sledovaní NÚ liekov od farmaceutických firiem,
- 4) kde sa posielajú informácie o NÚ liekov v jednotlivých krajinách.

Ku každej som sa musel vyjadriť a zároveň povedať ako to u nás funguje či nefunguje:

- 1) U nás máme úrad na kontrolu liečiv ŠUKL, kde by sme mali/sme povinní, hlásiť všetky NÚ, čo však z hľadiska času a náročnosti vyplňania tlačív podľa mňa nerobíme – potvrdili aj ostatné štáty.
- 2) Čo sa týka odosielania informácií – zhodli sme sa na tom, že práve preto sme prišli, aby všetky krajiny mali jednotný postup + jednotné tlačivá v hlásení NÚ liekov a zároveň všetky mali prístup k nahláseným NÚ liekov zo všetkých krajín a aby sa presadil jednotný postup v krajinách EÚ. Hovorilo sa aj o možnostiach hlásiť NÚ online prihlásením sa na server EMA.
- 3) Čo sa týka nezávislosti od farmaceutických firiem, aj v západných krajinách je zabezpečenie nezávislosti od farmaceutických firiem nemožné. Avšak lekár je dostatočne zaplatený za svoju prácu na ambulancii. Sledovanie NÚ je práca ako každá iná a lekár je za ňu aj odmenený – legálne.
- 4) Komunikácia EMA s našou krajinou a VP v SR by nemala byť problém, lebo informácie z EMA by mali posielat na ŠUKL. Odtiaľ by bolo dobré, aby informácie išli na SLK alebo na jednotlivé spoločnosti lekárov a odtiaľ priamo všetkým lekárom. Otázka bola kto to preloží do materských

jazykov. U nás si myslím by to mali preložiť v ŠUKL. V západnej Európe existuje už systém elektronického hlásenia NU liekov, avšak veľa krajín malo k nemu výhrady a pripomienky.

Záver: Stretnutie ukázalo a predstavitelia EMA s tým plne súhlasia, že spolupráca EMA s VP je nevyhnutná, vhodné je vytvoriť koordinátorov pre jednotlivé krajiny, rozšíriť spoluprácu s jednotlivými spoločnosťami VP v EU, zlepšiť (zjednodušiť) proces hlásenia NÚ, informovať o výsledku hlásenia lekára ktorý NÚ hlásil, ak je to NÚ závažný tak urýchlene hlásenie všetkým štátom EU. Krajiny východného bloku pripomenuli, že by bolo vhodné približovať systémy zdravotnej starostlivosti v týchto krajinách k štandardom EU. V tomto vyzvali EMA k spolupráci a vytvoreniu tlaku na Európarlament k zjednoteniu štandardov primárnej zdravotnej starostlivosti v EU. Približovanie nielen ekonomicky ale aj organizáciou systémov zdravotnej starostlivosti.

Počas kongresu som nadviazal veľa nových kontaktov na vedúce osobnosti VP v jednotlivých krajinách EU (prof. Reihold Glehr z Rakúska, Anna Stavdal z Nórska, Diederik Aarendonk z Holandska, prof. Thierry Christiaens z univerzity v Gente, Nena Kopcar Gucek zo Slovinska, prof. Wilhelm Bernhard Niebling z Univerzity vo Freiburgu, Walter Marrocco z Talianska, Andree Rochfort z Irska, Giorgio Visentin z Talianska a iní) a informoval som ich o našej kandidatúre na WONCA 2019 v Bratislave.

Keďže boli s mojou prezentáciou spokojní, dostal som pozvanie aj na kongres EFPC (Európske fórum primárnej starostlivosti) do Rigy. Samotný



hlavný koordinátor EFPC Diederick Aarendonk z Holandska ma poprosil – že by si želal prezentáciu o našej primárnej starostlivosti a systéme v našej krajine. Budem potešený ak sa v Rige stretnem s viacerými účastníkmi zo SR, ktorí by následne prispeli možno k zmene v našom systéme primárnej starostlivosti, ktorá podľa mňa v tomto čase nefunguje, ba povedal by som, že až kolabuje. !!!

Dr. Štefan Krnáč

reprezentant výboru SSVPL v EMA, EQuIP a v EFPC, VP Hriňová

Konferencia EQuIP 22. - 23. apríl 2016, Praha

<http://www.equip2016.cz/>

(Európske fórum pre kvalitu a bezpečnosť zdravotnej starostlivosti)

Tým, že sme sa stali plným členom WONCA, sme rozhodnutím výboru postupne personálne obsadili všetky sekcie WONCA. Na kongres EQuIP som bol delegovaný ako náhrada za Dr. Macháčovú, ktorá z pracovných dôvodov nemohla cestovať do Prahy.

EQuIP je organizácia zaoberajúca sa dodržiavaním kvality, efektivity a bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti v primárnej starostlivosti. Keďže u nás sme len v plienkach v tejto oblasti, celý kongres bol pre mňa veľmi inšpirujúci a poučný.

Predvečer kongresu som sa zúčastnil ako delegát za SR na výbore EQuIP. Na výbore bol taktiež prítomný prezident Wonca Europe Prof. Dr. Job FM Metsemakers. Ako nový člen som hneď po otvorení výboru dostal slovo na predstavenie seba a zdravotníctva v SR, čo sa týka kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nevenoval som až tak pozornosť nemocniciam, nakoľko tie už majú kritéria na určenie kvality - ISO, avšak všetci sa zaujímali o kvalitu a bezpečnosť hlavne v primárnej starostlivosti, pretože všetci členovia sú všeobecní praktici, či už na plný úväzok alebo čiastočný (univerzity, kliniky, centrá primárnej zdravotnej starostlivosti).

Na moje prekvapenie je členom EQuIP aj Kosovo, ktoré tam malo taktiež zastúpenie.

Ďalej sa postupne na výbore preberala finančná situácia, stav členskej základne kde je nárast členov a plánovali sa nasledujúce konferencie. Ďalšia bude v Záhrebe o pol roka a potom v Dubline o rok. Jednotliví organizátori oboznámili so stavom pripravenosti. Hlasovanie o nasledujúcom kandidátovi na EQuIP konferenciu 2018 sa ešte neuskutočnilo, zatiaľ ešte nie sú kandidáti. Po neformálnych stretnutiach s prezidentom EQuIP a WONCA som navrhol organizovať EQuIP 2018 u nás na Slovensku, čo prítomných príjemne potešilo. Hlasovať sa bude na konferencii EQuIP v Záhrebe alebo Dubline. Ďalšie jednanie a informácie si vymeníme na Wonca Europe v Kodani a na jeseň na konferencii v Riu.

Na ďalší deň sa konala samotná konferencia, ktorú otvoril prof. Seifert a prezident EQuIP Piet Vanden Bussche z Belgicka. Následne pokračovali jednotlivé prezentácie z ktorých aspoň v krátkosti toto:

- Dr. Marx z ČR mal krásnu prednášku ohľadom kvality a bezpečnosti primárnej starostlivosti v ČR.
- Zaujala ma prednáška o mýtoch a omyloch v poskytovaní zdravotnej starostlivosti – lekári podľa mýtov nerobia chyby (nesmú a nemôžu) pretože sú lekári a len zlý človek robí také chyby, ktorými ublíži. Postihnutie a odsúdenie lekára vyrieši celý problém, myslia si mylne pacienti!!!
- Z prednášok vyplynulo, že chyby majú všetky systémy zdravotnej starostlivosti, risk zlyhania starostlivosti je všade, nie všetky risky sú predvídateľné, všetci ľudia robia chyby aj ak nechcú.
- Časté je systémové zlyhanie – hlavne v krajinách východného bloku, avšak treba ich minimalizovať, čo je úlohou EQuIP – zistiť chyby, identifikovať a vytvoriť postupy ako ich zistiť (hlásiť) a návrhy na ich predchádzanie.
- Zlyhanie starostlivosti – môže byť aktívne zlyhanie (individuálne), alebo chronické zlyhanie – latentné – systémové.
- Existujú rôzne typy zlyhania/miesta výskytu/príčiny – únava, nedostatok personálu, časový stres, absencia štandardov, ..
- Spôsoby ako ochrániť pacienta – elektronické zdravotníctvo, dostatok personálu, čas....
- Riešenia zlyhania ZS – akreditácia pracoviska, certifikáty, vnútorné audity, výučba zamestnancov...
- Z dlhodobých výskumov a výsledkov sledovania kvality a bezpečnosti vychádza, že až 2 percentá návštev končia chybou, 10 percent liekov je zle predpísaných!!!! Štatistika z EU (Dánsko).
- Boli presne pomenované zlyhanie u VP – komunikácia, informačný systém, antikoagulačné, ...



Po obede nasledovali workshopy v 4 miestnostiach – vybral som si workshop o kvalite a bezpečnosti v Dánsku, kde to majú asi najlepšie vypracované. Tu nás aj aktívne zapojili do diskusie o systémoch v jednotlivých krajinách. Pripravili pre nás aj materiály (postupy, otázky), ktoré používajú na získavanie informácií od pacientov, nemocníc a lekárov prvého kontaktu ale aj špecialistov.

V Dánsku majú samostatné ministerstvo pre ochranu pacientov – majú štátnu inštitúciu, kde sumarizujú nedostatočnú či zle poskytnutú zdravotnú starostlivosť, riešia problémy a hľadajú riešenia ako zlyhania ZS odstrániť – prevencia !!! Účelom nie je postihnúť lekára, ale poučenie. Od r.2004, ak som dobre rozumel, zbierajú všetky dáta o zlyhaní ZS, pacient však nie je informovaný o zle poskytnutej starostlivosti. Nie je primárne postihnutý lekár, ale problém je analyzovaný a prezentovaný štvrťročne na sedeniach lekárov v regióne. Pacient ak má pocit zle poskytnutej starostlivosti ide priamo za právnikom, sťažovať sa môže pacient ak to uzná sám a rovno právnikom, nie na štátnu inštitúciu. Táto štátna inštitúcia ho do toho netlačí ani neinformuje o výsledku - štátna inštitúcia neoznamuje zlyhanie ZS pacientovi, ale informuje lekárov o zlyhaniach. (To pre porovnanie s našim ÚDZS).

Dôležitá je aj komunikácia lekárov v regióne !! kde sa rozoberajú neúspešné a nie bezpečné poskytnutia zdrav. starostlivosti – nemusia byť

nesprávne!! Približne v štvrtročných intervaloch. A diskutuje sa o prevencii týchto nedostatkov.

Dánske Ministerstvo má asi 4 ľudí pre kvalitu a bezpečnosť, v každom okrese (regióne) asi 5 ľudí, v každej nemocnici je taký človek pre kvalitu a bezpečnosť.

Počas prestávok som nadväzoval nové priateľstvá a informácie z jednotlivých krajín, loboval som za WONCA 2019 v Bratislave. Toto som sa dozvedel o systémoch ZS:

Nemecko – pacienti nič neplatia za návštevu lekára, čím sa zvýšila návštevnosť u lekára o 25 percent !!, poisťovňa prepláca kapitáciu a výkony. Platia len výkony nesúvisiace so ZS – vodičský preukaz, zbrojný

Nórsko – kapitácia, pacient nedopláca, výkony platí poisťovňa, avšak len do výšky 2000 Eur ročne neplatia pacienti nič. Ak túto hodnotu prekročia, potom platia všetky výkony. Ak majú rodinu, táto suma za jednotlivých členov sa sčíta a zvyšuje.

Švajčiarsko – tu je to opačne – pacienti platia prvých 6 návštev u lekára – potom neplatia – preplatí poisťovňa.

Holandsko – kapitácia t.j kontrakt na rok so zdravotnou poisťovňou + 6 návštev v roku zadarmo platí poisťovňa, ostatné návštevy platia pacienti sami.

Španielsko – pacienti v ambulancii nič neplatia, avšak až 48% pacientov má problémy s obstaraním liekov (doplatky), pri 20% návštev je údajne zle stanovená dg...

Prof. Seifert prezentoval stav VP v ČR, informoval o stave ohľadom zisťovania kvality a bezpečnosti starostlivosti u VP v ČR, t.č majú pripravené guideline (doporučenia) pre VP a čakajú na schválenie v parlamente. Vymenoval a zverejnil počty a príčiny zlyhaní ZS u VP v ČR. Ku každej chybe vypracoval riešenia na minimalizáciu zlyhaní VP. Pekne vymenoval, kde sa stávajú chyby a zároveň na každú chybu vypracoval aký je spôsob prevencie. Úloha – vypracovať štandardy na akreditáciu ambulancií VP - vypracovať štandardy, metódy, pripraviť workshopy kvality, publikácie....

Na podvečer bol naplánovaný meeting všetkých účastníkov, prezident EQuIP Piet Vanden Bussche odovzdal ocenenia za organizáciu kongresu a do neskorého večera prebiehali priateľské rozhovory a zábava pri ľudovej hudbe.

*Dr. Krnáč Štefan,
reprezentant výboru SSVPL v EMA, EQuIP a v EFPC, VP Hriňová*

Blíži sa Wonca konferencia v Riu 2016.
Blíži sa Wonca konferencia Praha 2017.
Blíži sa Wonca konferencia
Krakow 2018.
Blíži sa Wonca konferencia
Bratislava 2019...

Na najbližšej Európskej konferencii Wonky v Prahe budeme sa znovu podieľať na usporiadaní Česko-slovenského dňa. O podrobnostiach slovenskej účasti budeme rokovať s profesorom Bohumilom Seifertom, ktorý bude účastníkom na našej XXXVII. Výročnej konferencii vo Vysokých Tatrách. Dohodneme detaily podmienok registrácie a budeme pripravovať náš program a našu delegáciu. SSVPL podporí svojich aktívnych členov tak ako každý rok. Tešíme sa na ich čo najväčšiu účasť a spoliehame sa najmä na mladých všeobecných praktikov... Z plánov výboru SSVPL.



ZAP (Zväz ambulantných poskytovateľov) POKRAČUJE V PRÁCI

Pre kolegov prinášame krátku informáciu
o situácii v súvislosti so ZAP

Je všeobecne známe, že ZAP vznikol v roku 2015 ako výsledok snáh o zjednotenie vyjednávacej sily lekárov. Išlo predovšetkým o posilnenie našich pozícií voči zdravotným poisťovňam. Dovtedy totiž za lekárov vyjednávali dve veľké skupiny: Zdravotný výbor SLK a Zdravita v ASL. Neraz antagonisticky voči sebe a preto bez skutočného výsledku.

Proces tvorby jednotnej organizácie spočiatku vyzeral pomerne jednoducho a zdalo sa, že sa vytvorí rýchlo a veci sa pohnú dopredu. Prax však, žiaľ, bola iná. Naraz sa objavili problémy, ktoré sme už opakovane rozoberali aj v minulom čísle VP. Výsledkom bolo, že ZAP sa nedarilo konštituovať a veci sa začali uberať k patovej situácii do stratenia. Podľa nášho videnia najhlbšou príčinou bolo to, kto bude v skutočnosti „ovládať“ dianie v ZAP. Jednotný a silný ZAP je našou významnou silou na bojovom poli zvanom zdravotníctvo. Jeho blokovanie skupinami by malo svoj nezanedbateľný mocenský potenciál. A ak by vzhľadom na patovú situáciu, ktorá bola po rokovaniach, ZAP nevznikol, bolo by to na škodu postavenia nás lekárov.

Situácia dospela k stavu, že jedna vyjednávací strana mala postoj – „ak nebude po našom, žiadny ZAP nebude“. A tak sa aj v praxi chovala.

Za týchto okolností sa Rada SLK rozhodla, že sa ZAP musí konštituovať. Je to totiž najvhodnejší spôsob, ako lekárom pomáhať v jednaniach s poisťovňami, ale aj s ministerstvom, Úradom pre dohľad, Sociálnou poisťovňou, komerčnými poisťovňami, VÚC a pod.

Preto v roku 2015 vznikol ZAP, ktorý je nezávislou organizáciou súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s cieľom jednať za nich. ZAP nie je súčasťou SLK, nie je súčasťou ASL ani Zdravity, ani žiadnej inej štruktúry. Je nezávislý. Má aj chyby ale je náš. Personálne je vo vedení t.č. tvorený tými, ktorí boli ochotní prispieť ku jeho vzniku.

Poskytovatelia, ktorí vstúpili do ZAP, museli ukončiť svoje členstvo v ZV SLK alebo v Zdravite ASL. Za jedného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti totiž nemôžu vyjednávať dva rôzne subjekty.

Napriek (pochopiteľnému?) zlostnému odporu neprajníkov, ZAP vznikol, je v ňom organizovaných t.č. približne 2000 mandantov a úspešne pracuje. Vyjednáva za svojich mandantov zmluvy s poisťovňami a všetky inštitúcie ho postupne museli vziať na vedomie a počítať s ním ako s nezanedbateľnou silou.

Bolo by dlhým výpočtom uvádzať, v čom sa pri jednaniach uspelo. Jedná sa hromadne za jednotlivé segmenty, ako aj v individuálnych prípadoch, ak to situácia vyžaduje.

Neklamným znakom dôležitosti a možno povedať, že aj úspešnosti ZAP je aj to, ako je nepretržite terčom ohovárania, lživých tvrdení a snahou postaviť ho v očiach lekárov do zlého svetla.

Na Slovensku to nie je nič nové. Nepravdy a manipulovanie sú neraz bežnou súčasťou chovania sa tých, ktorí za každú cenu potrebujú niekde niečo poškodzovať. Cieľ sa tiež nemení – cieľom je moc a za ňou možno využiť chuť na peniaze.

Nie je nová ani stará známa snaha rozbiť jednotu. „Rozdeľuj a panuj“ všetci poznáme. Pre zaujímavosť a aj ako výstrahu uvádzam terajšiu snahu niektorých všeobecných lekárov prevažne z východnej časti Slo-



venska zakladať akúsi novú organizáciu všeobecných lekárov. To by človek ani neveril, ale je to tak. Nestačí, že máme bez diskusií veľkú – a úspešnú (!) SSVPL s členskou základňou okolo 1400 lekárov. Iná skupina v minulosti založila antagonistickú spoločnosť všeobecných lekárov a vyhlásila SSVPL za „zaniknutú“. Časom ich spoločnosť akosi „vysublinovala“, a t.č. nik na verejnosti presne nevie, ako sa tam vlastne veci majú. Aby toho nebolo málo, aj skupina okolo terajšej hlavnej odborníčky vytvorila „svoju“ spoločnosť všeobecných lekárov a tvária sa, že oni sú tí jedine najsprávnejší a tvária sa, že ruku ponúkajú SSVPL na spoluprácu a zjednotenie nevidia.

Sú na papieri ešte aspoň dve iné spoločnosti všeobecných lekárov. Ani sa o nich v praxi nič nevie. A teraz ide akási záujmová skupina vytvárať novú spoločnosť, pre ktorú chce robiť propagandu podľa zabehnutej šablóny „konečne!!!! tu je niečo správne, vstúpte ku nám!!!!“

Myslím si, že to je choré. Nedajte sa pomýliť a neskočte im na pokračovanie na lep.

Ako teda dnes? Je to každému normálne uvažujúcemu lekárovi jasné. Potrebujeme sa v klude spájať a posilňovať a nie rozdeľovať a oslabovať. Preto v praxi zostaňte aj naďalej v SSVPL – nerobíme to pre osobný prospech, ani ako cieľ získať moc. To isté platí aj pre ZAP. Ak tam nie ste, urobte niečo pre seba a vstúpte – čím viac mandátov ZAP má, tým účinnejšie môže jednať. SSVPL podporuje činnosť ZAP. Aj SLK podporuje konanie ZAP. To sú významné faktory. V správnej rade ZAP sú za odbor všeobecného lekárstva MUDr. Peter Makara a MUDr. Peter Pekarovič, v dozornej rade nás zastupuje MUDr. Soňa Ostrovská. Sme tam rešpektovaní. To neznamená, že nám netreba bojovať a strážiť naše požiadavky, ale snažíme sa. V ZAP sa pripravujú voľby do orgánov, aby tieto boli konštituované demokraciou zdola, ako to má nakoniec samozrejme byť. My všetci budeme zdola voliť orgány ZAP. A zvolme si svojich ľudí!

Nezabúdajme, že v jednote je naozaj sila. Preto podporujeme jednotu a nedajme sa rozdeľovať manipulovať do znechutenia a následne do pasívneho postoja, alebo azda do odporu jedných proti druhým, proti jednotlivým elementom nášho odboru. Už samotné prihlásenie sa k členstvu v SSVPL, ako aj v ZAP, je významným počínom proti politike rozdeľovania zo strany každého z nás. V jednote je totiž skutočná sila... Preto robme niečo pre seba samých. Ak to neurobíme my, nik to za nás nespraví. Niečo sa deje a situácia je stále vážnejšia.

Ale! Záchrana topiacich je v rukách topiacich! Tak nesmieme tej dezorganizácii podľahnúť!

Všetkých pozdravujem a teším sa do videnia na našej konferencii v októbri v Starom Smokovci.

MUDr. Peter Pekarovič
vedecký sekretár SSVPL



ABC Preventívna Prehliadka – Všeobecní praktickí lekári za zdravie

Vážení kolegovia, predstavujeme Vám projekt

ABC Preventívna Prehliadka (PP).

Organizujeme ho spoločne s občianskym združením Slovenský pacient a jeho informačným portálom pre pacientov www.slovenskypacient.sk. Plagát projektu a nálepky na označenie dverí ambulancií sú v prílohe tohto čísla.

Projekt sa skladá z troch častí, ktorých sa môžete zúčastniť aj samostatne:

A. KOMUNIKÁCIA, hlavný faktor spolupráce pacientov a lekárov ako esenciálny predpoklad pre dopad preventívnych prehliadok na zlepšenie zdravia populácie

Naša komplexná preventívna prehliadka (PP) sa zameriava na odhalenie rizikových faktorov, osvetu a včasný záchyt srdcovocievnych a onkologických ochorení. Na to je potrebné dobre zvládnuť komunikáciu s pacientmi a získať si ich dôveru. Cieľom projektu je rozvoj spoločnej informačnej stratégie s OZ Slovenský pacient, rast koordinácie spoločného úsilia pacientov a lekárov. **Svoje pripomienky, návrhy a skúsenosti z komunitnej úrovne posielajte na adresu:**



MUDr. Peter Lipták
Dobrovičova 10, 811 09 Bratislava
alebo na e-mail: vpl@vpl.sk.

Každou pripomienkou alebo návrhom sa budeme zaoberať. Ďakujeme za pomoc a podporu!

B. Dni zdravého srdca 2016 – Zdravé srdce v zdravom tele

Pod hlavičkou spoločného projektu tento rok realizujeme aj náš tradičný projekt SSVPL „Dni zdravého srdca“ v ambulanciách všeobecných lekárov. Môžeme smelo konštatovať, že minulý rok keď sme boli zameraní na prevenciu cievnej mozgovej príhody u pacientov s fibriláciou predsiení, sa nám podarilo získať vašu pozitívnu odozvu a veríme, že to bude tak aj tento rok.

Naše tohtoročné rozhodnutie, zahrnúť projekt pod „hlavičku“ „PP“ súvisí aj s úsilím prepojiť patientske a „doktorské“ aktivity na poli zdravia. Občianske združenie Slovenský pacient sa aktívne zapája do interaktívnej komunikácie s pacientmi a v zrozumiteľnej forme ich informuje o zdravotníckej problematike. Jednou z aktivít, ktorú členovia združenia v tomto roku rozbehli, je aj projekt o preventívnej prehliadke u všeobecného lekára. Ním chcú pacientov nabádať k tomu, aby nezabudli na prevenciu. Pacientov oslovujú jednak prostredníctvom pútavých plagátov, ktoré majú lekári vyvesené v čakárni, a tiež na ich internetovej stránke www.slovenskypacient.sk. Podobne ako my, aj spoluorganizátori si uvedomujú nelichotivé štatistické údaje, ktoré

dosahuje naša populácia v parametroch zdravia a pritom iba 25% dospelšej populácie na Slovensku absolvuje preventívnu prehliadku napriek tomu, že je bezplatná. Nesmieme opomenúť aj podporu zdravotných poisťovní, ktoré navýšili platbu za preventívnu prehliadku a niektoré posielajú pacientovi aj pripomienku SMS správou alebo e-mailom.

Opäť ako po minulé roky, sa na Vás obraciame s prosbou o spoluprácu pri zbere informácií. Tento krát je dotazník o niečo menej obsiahlejší, ale takáto štatistika môže priniesť prospech aj pri jednaniach so zdravotnými poisťovňami. **Motiváciou pre vás môže byť aj kvalitný EKG prístroj MAC 600 v hodnote cca 1400 €**, poskytnutý firmou Tangra Ltd a **prístroj na meranie ABI indexov MESI ABPI MD v hodnote cca 2200 €** poskytnutý firmou COMPEK MEDICAL SERVICES. Tieto prístroje sú určené pre dvoch šťastlivcov, ktorých vylosujeme z tých, ktorí vyplnia **dotazník DZS 2016** a včas nám ho doručia uvedenými spôsobmi (viď nižšie).

Radi by sme poznali váš názor na obsah zákonnej preventívnej prehliadky. Uvítame Vaše postrehy z praxe, čo prípadne v prevencii chýba a malo by sa doplniť. Vaše názory odprezentujeme na XXXVII. Výročnej konferencii SSVPL. Podmienky zlosovania dotazníka DZS 2016 sú podrobne uvedené na web stránkach www.vpl.sk alebo www.vpl2016.sk, kde majú všeobecní praktici aj možnosť ho vyplniť on-line s uvedením ID SLK pre zabezpečenie objektivity a adresnosti losovania.

Nezabudnite, vyplnený dotazník DZS 2016 pošlite poštou alebo e-mailom najneskôr do 30. 9. 2016 na adresu:



MUDr. Adriana Šimková, PhD.
Hollého č. 2, 902 01 Pezinok,
e-mail: lekarka.pezinok@gmail.com

Alebo ho odovzdajte počas prvého dňa XXXVII. konferencie v registrácii, alebo ho vyplňte on-line! Ďakujeme za spoluprácu!

MUDr. Adriana Šimková koordinátorka projektu

Dni zdravého srdca 2016 – Zdravé srdce v zdravom tele

C. „Zastavme rakovinu ešte predtým, než sa objaví!“

STOP rakovine 2016 – rizikové faktory, osvetu a včasný záchyt.

Zhubné nádory sú jedným z najzávažnejších a zároveň aj najobávanejších chronických civilizačných ochorení ľudí. Slovensko je krajinou s nadpriemerne vysokou prevalenciou i úmrtnosťou na nádorové ochorenia. Týka sa to najmä karcinómu hrubého čreva a konečníka a karcinómu prsníka. **Rizikové faktory zhubných nádorov** sa zvyknú deliť na:

A) Neodstrániteľné faktory a príčiny

B) Odstrániteľné preventabilné faktory a príčiny

Podľa záverov svetových onkologických spoločností by sa jednej tretine zhubných nádorov dalo predísť optimálnou telesnou hmotnosťou, zdravou výživou a pravidelnou a častou pohybovou aktivitou. Ak by



sa k týmto 3 faktorom pridalo odstránenie fajčenia, zabránenie rizikovej expozícii snečnému UV žiareniu a účelná vakcinácia proti niektorým chorobám, vedci odhadujú až o 50 % nižší výskyt zhubných nádorov na celom svete. Odstrániteľné externé faktory rakoviny zohrávajú preto významnú úlohu pri nádorových ochoreniach a môžu výrazne ovplyvniť, či konkrétny človek dostane, alebo nedostane zhubný nádor.

Pre zníženie výskytu zhubných nádorov v populácii, ako aj úmrtnosti na rakovinu, je dôležitých viacero faktorov a opatrení. Medzi najvýznamnejšie sa pokladá **informovanosť a všeobecné vzdelanie ľudí o odstrániteľných príčinách a rizikách rakoviny**, ako aj o **možnostiach celoživotnej individuálnej prevencie nádorov**. Edukácii a vzdelávaniu populácie sa preto v bohatých a ekonomicky rozvinutých krajinách pripisuje veľký význam a venuje veľká pozornosť (napr. USA, Kanada, Veľká Británia, Austrália a ďalšie krajiny). Edukačná kampaň je dôležitá nielen pre zdravú populáciu (primárna prevencia), ale aj pre ľudí trpiacich na rizikové ochorenia, akými je obezita, diabetes, choroby srdca a ciev, a samozrejme, aj pre samotných onkologických pacientov (sekundárna, terciárna prevencia).

Osveta prevencie zhubných nádorov je rovnako dôležitá ako skrining včasných foriem rakoviny a vyhľadávanie potenciálne maligných útvarov (prekanceróz). Obe formy prevencie sa navzájom podporujú a ani jedna nemá prednosť pred druhou. Odkazom onkologických spoločností pre širokú verejnosť a pre zdravotníckych i nezdravotníckych profesionálov je „**Zastavme rakovinu ešte predtým, než sa objaví!**“.

Prevencia rakoviny je možná dvoma spôsobmi, a to na **A) Individuálnej úrovni**: Každý jednotlivec môže zodpovedným správaním sa urobiť veľa pre to, aby reálne znížil u seba a u svojich najbližších riziko, že počas svojho života dostane zhubný nádor. Ďalej na **B) Populačnej celospoločenskej úrovni**: V celej spoločnosti sa uznáva 9 významných aktérov, ktorí majú vplyv na výskyt rakoviny v spoločnosti. Sú to: priemysel, zdravotníctvo, školy, médiá, občianske združenia, vláda, pracoviská, nadnárodné inštitúcie, komunity ľudí.

Zdravotníci majú nezastupiteľný vplyv pri podpore zdravia a prevencii zhubných nádorov. Majú totiž zásadný vplyv na zdravie obyvateľov, dostatočnú kvalifikáciu, dôveru verejnosti a každodenný kontakt s chorými i zdravými jedincami, ako aj ich rodinami.

Všeobecní praktici (lekári primárneho kontaktu) sú na prvej „frontovej“ línii v kontakte s patientskou verejnosťou a prichádzajú pravidelne a často do kontaktu s onkologickými pacientmi, a do súvislosti s problematikou prevencie a liečby zhubných nádorov. Všeobecní praktickí lekári majú široký rozsah pacientov, vysokú návštevnosť chorých i zdravých jedincov, denne sú konfrontovaní s pacientmi, ktorí trpia na chronické choroby, ktoré významne zvyšujú riziká zhubných nádorov, medzi ktoré patrí najmä obezita, metabolický syndróm a cukrovka 2. typu. Navyše majú všeobecní praktici vo svojej zdravotnej starostlivosti onkologických pacientov (nielen) po skončení ich onkologickej liečby. Títo onkologickí pacienti (tzv. „Cancer Survivors“) by mali dodržiavať všetky zásady zdravého životného štýlu, podobne ako zdraví jedinci, vrátane pestrej a zdravej výživy, primeranej každodennej pohybovej aktivity, optimalizácie svojej telesnej hmotnosti a fyzickej kondície, ako aj vyhýbania sa nadmerným stresom. Neodmysliteľnými pomocníkmi všeobecných lekárov pri šírení osvetu pre-

vencie rakoviny sú ich **zdravotné sestry**. Všeobecní praktickí lekári môžu **spolupracovať** s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, ako aj s ostatnými nezdravotníckymi aktérmi, či už regionálnymi inštitúciami, odbornými či stavovskými organizáciami, alebo s vyškolenými pracovníkmi občianskych združení.

Aj v tejto časti zameranej proti rakovine, sa na Vás obraciame s prosbou o spoluprácu pri zbere informácií. Tento krát je dotazník obsiahlejší, ale sme presvedčení, že takáto štatistika nám a aj našim pacientom prinesie úžitok a bude dôležitá aj pri jednaniach so zdravotnými poisťovňami. **Motiváciou pre vás môže byť aj fakt, že všetci riešitelia dotazníka STOP rakovine 2016, ktorí ho včas zašlú, odovzdajú v registrácii počas prvého dňa konferencie alebo vyplnia on-line, budú zaradení do zlosovania o 10 prístrojov CRP - QuikRead 101 od firmy Orion Diagnostica.**



CRP - najcitlivejší dostupný marker bakteriálneho zápalu
• 50 - 60% antibiotik sa podáva zbytočne, nepodporujte prudký nárast rezistencie

Podmienky zlosovania dotazníka STOP rakovine 2016 sú podrobne uvedené na web stránkach www.vpl.sk alebo www.vpl2016.sk, kde majú všeobecní praktici aj možnosť ho vyplniť on-line s uvedením ID SLK pre zabezpečenie objektivity a adresnosti losovania. Vaše názory odprezentujeme na XXXVII. Výročnej konferencii SSVPL, ktorá sa uskutoční 13 - 15 októbra vo V.Tatrách. Podrobné informácie budú zverejnené na www.vpl.sk

Nezabudnite, vyplnený dotazník Stop rakovine 2016 pošlite poštou alebo e-mailom najneskôr do 30. 9. 2016 na adresu:



MUDr. Peter Makara, MPH
Strojárska 607, 069 01 Snina, e-mail:
makara.peter@vpl.sk

Alebo odovzdajte počas prvého dňa XXXVII. konferencie v registrácii, alebo ho vyplňte on-line!

Ďakujeme za spoluprácu!

**MUDr. Peter Makara MPH, MUDr. Peter Minárik, PhD.,
MUDr. Darina Sedláková, MPH,
PharmDr. Daniela Mináriková, PhD.,
Ing. Jana Potúčková, MUDr. Adriana Šimková,
MUDr. Peter Lipták a Radoslav Herda za OZ Slovenský pacient**

Výsledky komplexného projektu ABC PP budeme prezentovať na Česko-slovenskom dni na konferencii WONCA Praha 28. jún -1. júl 2017 <http://www.woncaeuropa2017.eu/>

Algoritmus diagnostiky lymfómu pre praktických lekárov

Lymfóm ako hemato-onkologické ochorenie patrí medzi rapídne vzrastajúce rakovinové ochorenia. Podľa svetového, ale aj slovenského prieskumu pacientov v roku 2014 iba 35% pacientov bola prvotná diagnóza stanovená správne (Lymphoma Coalition, Global patient survey, 2014, www.lymphomacoalition.org).

Diagnostikovanie lymfómu je často náročné, keďže pacientov môže sprevádzať široké množstvo klinických prejavov. Šanca na vyliečenie pacienta sa spravidla zvyšuje včasnou diagnostikou, správnym určením štádia ochorenia a okamžitým zahájením vhodnej liečby pri úzkej spolupráci tímu viacerých odborníkov.

PREČO BY STE MALI PREDPOKLADAŤ, ŽE MÁ NIEKTO LYMFÓM?

Ak pacient nemá lymfadenopatiu, ale má kombináciu pretrvávajúcich symptómov – inak nevysvetliteľné horúčky, nočné potenie, úbytok hmotnosti a únavu – potom sú toto zrejme príznaky, aby ste predpokladali diagnózu lymfóm, hoci za ťažkosťami môžu byť aj iné príčiny.

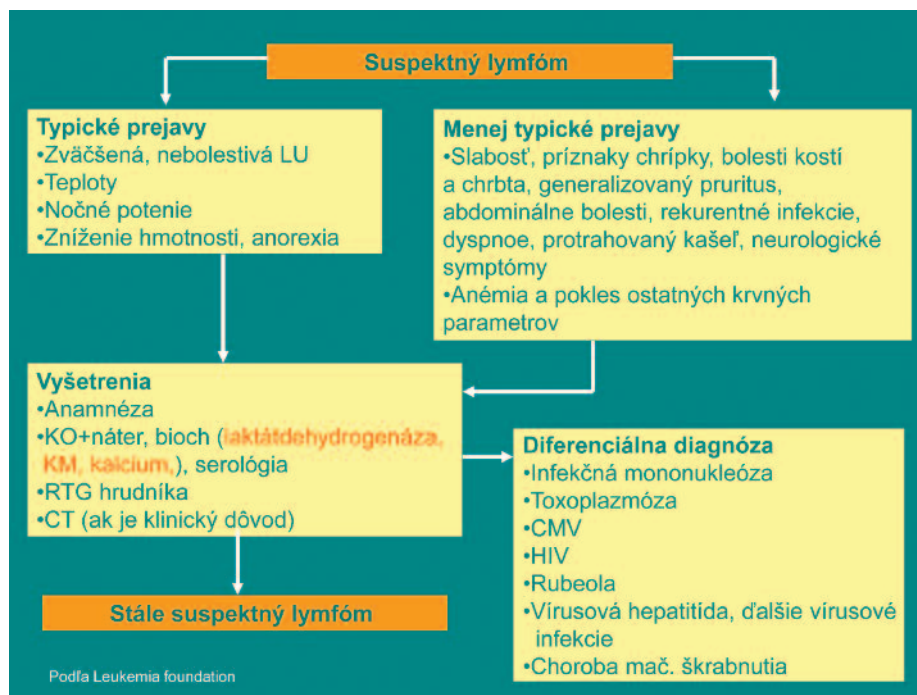
SYMPTÓMY A PRÍZNAKY LYMFÓMU

Neexistujú špeciálne zobrazovacie vyšetrenia na lymfóm a zvyčajne nenachádzame prejavy ochorenia ani v krvných vyšetreniach. Táto komplexná skupina príbuzných, ale biologicky odlišných ochorení, má množstvo nešpecifických symptómov, ale najčastejšie sa prejavuje **lymfadenopatiou**, niekedy sú symptómy spojené so systémovými príznakmi, napríklad horúčkami alebo nočným potením. Sprírodné príznaky sú rozmanité, môžu byť nešpecifické a niektorí pacienti neuvádzajú žiadne ťažkosti.

Uvedený algoritmus určený pre praktických lekárov umožňuje lekárskej profesionálom prvého kontaktu správne identifikovať prvé prejavy lymfoproliferatívneho ochorenia a odoslať pacientov na vhodné špecializované pracovisko.

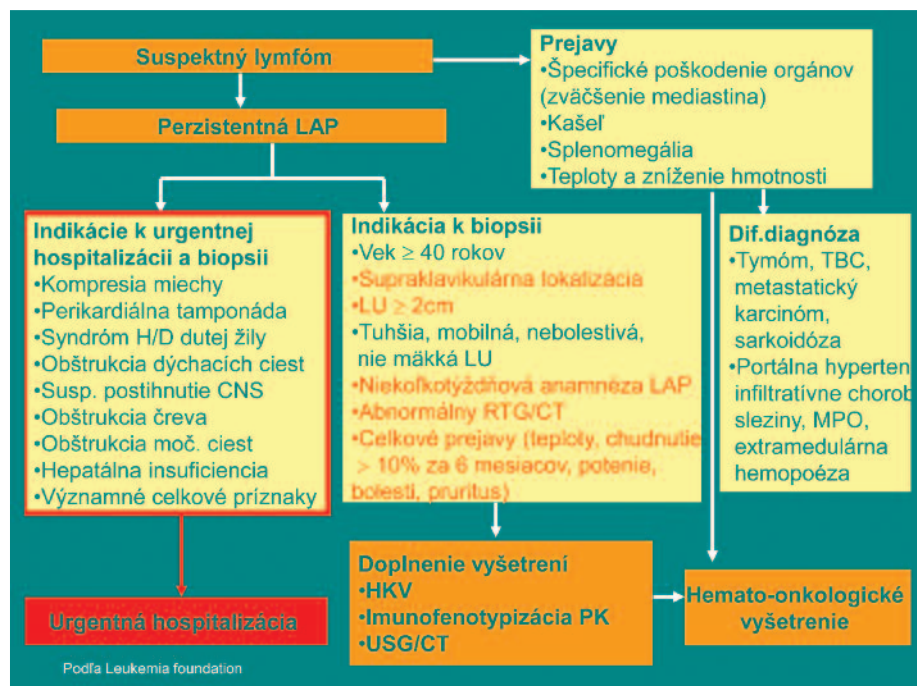
Od praktických lekárov, ktorí predpokladajú, že pacient by mohol mať lymfóm, sa vyžaduje včasné odporúčenie špecialistovi, spravidla k hematológovi alebo klinickému onkológovi, ktorí sú špecializovaní na liečbu lymfómov.

MUDr. Miriam Ladická, onkohematologická klinika, Národný onkologický ústav
Spracované na základe GP Diagnosis Algorithm, Leukaemia Foundation of Australia
Vydalo občianske združenie Lymfoma Slovensko



Podľa Leukemia foundation

Vysvetlivky: LU, lymfatická uzlina; KM, kyselina močová; CMV, cytomegalovírus; HIV, ľudský vírus získanej imunodeficiencie



Podľa Leukemia foundation

Vysvetlivky: LAP, lymfadenopatia; H/D, hornej/dolnej; CNS, centrálny nervový systém; LU, lymfatická uzlina; TBC, tuberkulóza; MPO, myeloproliferatívne ochorenie

Predstavujeme sieťové organizácie WONCA Europe 25 rokov EQuIP (1991-2016)

Ulrik Bak Kirk - koordinátor EQuIP, univerzita Kodaň

Európska spoločnosť pre kvalitu a bezpečnosť v rodinnej praxi (EQuIP), je európskou sieťou lekárov a výskumníkov, ktorá je súčasťou WONCA Europe. Vznikla v rovnakom roku, ako padol Berlínsky múr (1989) ale oficiálne začala pracovať až v roku 1991, takže v tomto roku 2016 oslavuje 25 výročie svojej existencie. Čo sa stalo so zlepšovaním kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve počas tohto obdobia? Tento článok ponúka „husársky kúsok“ vo forme historických pozorovaní prostredníctvom organizačných okuliarov siete EQuIP, zahŕňajúc skoré počiatky kvality a bezpečnosti v našom odbore v Európe. Pripomenieme si hlavné úspechy t.j. naše nástroje, metódy, produkty a výskumné projekty a ich možnú úlohu v budúcnosti. Dnes pojem „kvality“ v oblasti starostlivosti o zdravie zažíva rivalitu medzi bezpečnosťou a zlepšovaním. S vývojom IT (informačných a komunikačných technológií) a rozsiahleho dátového systému s narastajúcimi možnosťami hodnotenia dát a meraní rôznych parametrov urýchlil sa pokračujúci proces rozvoja. Budúce vedecké experimenty siete EQuIP smerujú k lepšiemu využitiu nástrojov nerania účinnosti a faktorov účinnosti. Z tohto dôvodu, prvotné odporúčania pre zdravotnú starostlivosť musia byť predefinované a upravené v oveľa užšej spolupráci medzi výskumom a priekopníkmi v zlepšovaní kvality všeobecného praktického lekárstva v Európe, čo by mohlo získať silnú politickú podporu zainteresovaných strán.

„Zlepšovanie kvality je v súčasnosti charakterizované súperením s bezpečnosťou. Prvý proces je dynamický prístup, druhý je viac statickým obmedzením. Nemedicínski predstavitelia vo vláдах vidia svoju úlohu, iba v monitorovaní a zabezpečení bezpečnosti, čo je však často v rozpore s výskumom ale aj s doterajšou kvalitou liečby a bezpečnosťou.“ (Reinhold Glehr, Rakúsko)

EQuIP ako európska sieť WONCA Europe pre zlepšovanie kvality poskytovaných služieb a súčasne pre zvyšovanie bezpečnosti pacientov, začal svoju činnosť od roku 1991 pod vedením holandského výskumníka Richarda Grola s cieľom vyvinúť nástroje a metódy pre zlepšovanie kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve v spolupráci s poprednými európskymi lekáorskými výskumnými inštitúciami.

Teraz keď oslavujeme veľkolepý milník: 25. výročie vzniku, je vhodné a relevantné – spomenúť a komentovať našu súčasnú situáciu „kvality“ a „bezpečnosti“, pozrieť sa do minulosti ale taktiež dopredu do kryštálovej gule.

História EQuIP môže byť rozdelená do 3 hlavných fáz:

1. produktová fáza (1991 – 2006)
2. zrkadlová fáza (2006 – 2011)
3. sieťová fáza (2011 – doteraz)

Tieto tri fázy odzrkadľujú všeobecné trendy v rámci cesty európskeho zlepšovania kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve. Uskutočnili sa rôzne typy kvalitatívnych vylepšení, v komplexnej podstate kvality medzi funkciou zaisťujúcou bezpečnosť a funkciou výskumnou a vývojovou.

Produktová fáza (1991 – 2006)

Jej hlavným cieľom bolo vytvoriť „univerzálne“ nástroje na ohodnotenie a zlepšenie kvality v primárnej zdravotnej starostlivosti. Individuálne, hodnotenie pacientov a organizačný vývoj boli zdôrazňované viac ako medzinárodné klinické ukazovatele – klasický prístup zhora nadol s veľ-

kolepými rozprávkami o produktoch. V rámci organizácie WONCA World pracuje, Svetová organizácia za kvalitu a bezpečnosť v rodinnej medicíne (**WWW PQS**), základným princípom jej činnosti je v plynulom zlepšovaní parametrov kvality, využitím, „identifikácie indikátorov týkajúcich sa pacientov, ako napr. klinické, organizačné indikátory ako aj indikátory ich spokojnosti za účelom merania kvality a bezpečnosti starostlivosti.“ (WWW PQS, 2016)

Je veľmi zaujímavé ako bola kvalita z klinického hľadiska silne ovplyvnená „remeselným modelom“ – predstava dobre školeného a nezávislého remeselníka bola ma začiatku histórie EQuIP „kľúčovým determinantom kvality“ lekára (Bohmer, 2010).

Cesta EQuIP bola spoločná s organizáciou **EUROPEP** (Európski pacienti hodnotia starostlivosť o pacientov – **EUROPEAN PATIENTS EVALUATES PATIENT CARE**), ktorá vypracovala medzinárodné štandardizované nástroje na meranie spokojnosti pacientov primárnej praxe. Existovala v rokoch 1995–1999. Aspekty, ktoré boli zahrnuté v EUROPEP mali za cieľ ako prvé reflektovať pacientske priority v oblasti kvality starostlivosti. Práve preto sa konala EUROPEP štúdia (Grol 1999) v 8 európskych centrách – Nórsku, Švédsku, Dánsku, Veľkej Británii, Holandsku, Nemecku, Portugalsku a Izraeli – aby sa zistili priority pacientov ako aj sa zostavil systematický prehľad literatúry z tejto oblasti (Wensing, 1998). Táto štúdia umožnila medzinárodné porovnanie výsledkov starostlivosti vo všeobecnom praktickom lekárstve v Európe a mala za cieľ získať podporu politikov pre zlepšovanie a rozvoj primárnych systémov starostlivosti v Európe.

Od druhej polovice roku 2000 sme začali používať nástroj stimulácie a hodnotenia kvality, ktorý vyvinul v Británii v rokoch 1996–2003 Glyn Elwyn. EQuIP tento systém vylepšil a adaptoval a používal ako **INTERNATIONAL FAMILY PRACTICE MATURITY MATRIX (IFPMM)**. Cieľom bolo vytvoriť medzinárodný hodnotiaci nástroj, ktorý by mohol byť použitý v primárnej praxi čo by mohlo podporiť porovnanie jednotlivých krajín, diskusiu v rámci medzinárodnej komunity a podporiť vzdelávanie a tréning praktických zručností so zameraním na zlepšovanie kvality starostlivosti o pacientov a ich bezpečnosti.

Dotazník IFPMM pozostával z vybraného počtu dimenzií, proces od zúčastnených vyžadoval, aby jednotlivci indikovali, v ktorom bode sa na jednotlivých škálach nachádzajú, a neskôr o zistenej situácii diskutovali v tíme a dospeli k všeobecnému súhlasnému výsledku pre prax. Ako aj výsledky EUROPEP, ktorý sa spomína vyššie, tieto výsledky môžu byť porovnané so štandardom, čo môže v konkrétnej praxi prispieť k identifikácii relevantných oblastí pre zlepšenie (Edwards A et al., 2005).

Vyššie uvedený „remeselný model“ kvality sa dostal pod kontrolu v priebehu tejto „prvej fázy“, keď sa neskôr ukázalo, že technické zručnosti všeobecného praktického lekára sú len jedným z mnohých rozmerov jeho kvality. Takýto skúsený, samostatný všeobecný praktik sa náhle stal súčasťou systému, ktorý vyžadoval štruktúrne–procesný výsledok modelu kvality starostlivosti, ktorý zahŕňa efektívnosť, vedenie a organizačné zmeny (Berwick et al., 1992). Výskumom zúčastnených lekáorských praxí sa zistilo, že oni samotné sú súčasťou širších sietí, ktoré boli spojené s poisťovňami a inými lekármi (na miestnej aj medzinárodnej úrovni) a miestnymi jednotkami riadenia, ktoré podporili potrebu spoločných noriem kvality hodnotiacich rámcov aby sa uľahčilo porovnanie v Európe. (Rhydderch et al., 2004).

Európske hodnotenie praxe (**EPA – EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT**), čo je nástroj na posudzovanie praxe v rámcach primárnej starostlivosti, ktorý bol vyvinutý v nasledujúcich rokoch, ponúkol systém akreditácií pomocou ukazovateľov kvality, pre zmapovanie a zviditeľnenie osvedčených

postupov (Szecsenyi et al., 2011). Príklady zlepšenia zahŕňali postupy pre riešenie sťažností pacientov, stanovenie rozumných cieľov kvality, napríklad otázka resuscitácie pacientov v konečných štádiách chronických ochorení, využitie registrov kritických incidentov, tímové stretnutia a ďalšie.

EPA bol užívateľsky priateľský a bol navrhnutý pre rôzne typy praxí. Každé zlepšenie začalo meraním (stanovením indikátorov) a porovnaním praxí, ktoré sa tak mohli od seba navzájom učiť. Hodnotenie EPA motivovalo lekára a sestru a malo identifikovať merateľné zmeny a zlepšenia, tiež ponúkalo nástroje a metódy v rámci systému EPA, ktoré boli schopné upozorniť na kvalitu praxe a tiež identifikovať oblasti pre zlepšenie. EQuIP si zakladá na tom, že **EPA v roku 2009 získala Gasteinovu cenu zdravia od Európskeho zdravotného fóra**.

EPA bol použitý v rôznych európskych krajinách a niekoľkokrát taktiež mimo Európy. Ale šírenie a realizácia tohto produktu EQuIP sa zastavila kvôli vnútornej diskusii týkajúcej sa práv duševného vlastníctva a zostala iba v rámci EQuIP pre potrebu národných členov pre lokálnu adaptáciu tohto medzinárodného nástroja. Tento problém jasne bráni akémukoľvek porovnaniu na svetovej úrovni, čo bolo hlavným pôvodným cieľom produktu a preto nebol tak rozšírený ako jeho vývojári dúfali.

Reflexná/Zrkadlová fáza (2006 – 2011)

Počas tohto obdobia národní delegáti EQuIP sa ocitli vo vákuu: paralyzovaná skupina bez vodcu, vízie alebo udržateľnej štruktúry.

Predchádzajúce nástroje kvality boli pozmenené v súlade so zmenami, ktoré sa vyskytli v kvalite a bezpečnosti v oblasti všeobecnej praxe – z činností, ktoré boli iniciované všeobecnými praktickými lekármi a výskumníkmi (interne) až po akcie, ktoré boli vykonávané národnými a regionálnymi štátnymi orgánmi (externe) a slúžili na zabezpečenie bezpečnosti. Zameranie na rozvoj kvality prešiel z jednotlivých nástrojov a individualistického prístupu k rozhodovaniu o systémoch zdravotnej starostlivosti a metódach pre plánovanie a vykonávanie zmien, ako je **Lean Manufacturing** a **Six Sigma**. Objavilo sa vedecké zlepšenie (de Koning et al., 2006).

Nový trend „zlepšovania kvality“ vyžadoval disciplinovaný prístup a sadu nástrojov pre stanovovanie cieľov, vykonávanie a zavádzanie zmien kontrolovaným spôsobom a s meraním a spätnou väzbou v podobe malého rozsahu testov zmeny pomocou cyklov plánovanie – vykonanie – študovanie – konanie – **PDSA (Plan – Do – Study – Act)**. Všetky rámce zlepšenia kvality využívali dáta na vyhodnotenie a prispôbenie akcie a rozvoja informačných technológií (IT), čo bolo spolu s rastúcimi možnosťami pre meranie dôležitou hnacou silou. Avšak, vytvorila sa naozaj tenká hranica medzi takouto praxou všeobecného praktického lekárstva a udržateľnosťou takéhoto manažovaného systému. Pacienti sa podrobili cieľom starostlivosti, ktoré boli vopred nastavené a politicky motivované a tiež požiadavky na transparentnosť – aj za cenu straty anonymity údajov o pacientovi viedlo k narušeniu vzťahu pacient–lekár (Eriksson, 2010).

Gordon Littman, ktorý reprezentuje Izraelskú Asociáciu rodinných lekárov v EQuIP od roku 2007 nedávno popísal ako ukazovatele kvality v tom čase získali zvýšenú pozornosť. Avšak, mnohí „doktori pocítovali, že „orgány“ zasahovali do interakcie medzi nimi a ich pacientmi na dennej báze a nemerali pravdivo kvalitu ich práce“ (EQuIP, 2016). Hlavným dôvodom neadekvátnosti bolo, že väčšina ukazovateľov merala len bio–časť konzultácie, zatiaľ čo rodinní lekári pracujú s pacientmi s pomocou **bio–psycho–sociálneho prístupu**, tak ako to popisuje Engel.

EQuIP na to reagoval vznikom novej pracovnej skupiny o ukazovateľoch kvality, ktorá usúdila, že hlavným problémom vynechania psychosociálnych ukazovateľov bolo to, že nie je jednoduché ich merať a takisto integrovať do denného pracovného prostredia. Klinické smernice, založené na dôkazoch, a klinické vládne systémy boli preukázateľne neaplikovateľné v klinickom prostredí lekárskej praxe, kde metódy neboli založené na výskume primárnej lekárskej starostlivosti.

Keď sa **Tina Erikssonová** z Dánska stala piatou prezidentkou EQuIP v roku 2007, bolo to úsvitom novej éry charakterizovanej stabilitou, stratégiou a sebaanalýzou. Produktívne a konštruktívne pracovné prostredie založené na vzájomnej dôvere bolo obnovené a vízia budúcnosti kvality a bezpečnosti bola sformulovaná. Druhá fáza začala na privátnej konferencii EQuIP v Barcelone (2006), ktorej sa zúčastnili politici, výskumníci a všeobecní praktickí lekári a cyklus bol ukončený na

VI. konferencii v Copenhagene (apríl 2011) – témou tejto konferencie boli „**Cenové podmienky vo všeobecnej praxi – manažment a verejná dôvera**“ so zásadnými prezentáciami, deviatimi workshopmi a dvadsiatimi tromi verbálnymi prezentáciami. Iona Heath a José Braspenning taktiež moderovali plodnú panelovú diskusiu ohľadne výhod a nevýhod o platbách za výkony. Power Pointové slajdy a video–nahrávky, ako aj ostatné konferenčné materiály sú voľne dostupné na stránka EQuIP a na YouTube kanáli EQuIP (**odporúčame navštíviť a naštudovať**).

Dospelo sa k názoru, že je nutný komplexný a vyvážený prístup ku kvalite, ako aj k odmeňovaniu lekárov.

Náuka o kvalite sa stala novou záležitosťou EQuIP v druhej fáze. Od decembra roku 2010 do novembra 2012 EQuIP bol partnerom **inGPInQI** projektu sponzorovaného Európskou úniou. Jeho cieľom bolo zlepšenie školenia ohľadne zlepšovania kvality zavedením inovatívnych nástrojov podporovaných IT pre použitie inštruktormi a praktickými lekármi, najmä pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Výsledky projektu zahŕňali aj rozvoj súčasnej teoretickej koncepcie (Czabanovska et al., 2012). **Elektronická príručka na tému implementácie nových smerníc pre postupy pri arteriálnej hypertenzii a cukrovke** (Tomasik et al., 2014), VET program pre vyučujúcich, modul diaľkového štúdia pre praktických lekárov o zlepšovaní kvality, a online nástroj sebahodnotenia pre identifikáciu individuálnych edukačných potrieb.

Sieťová fáza (2011 – doteraz)

Organizačná štruktúra EQuIP bola od začiatku odlišná od už existujúcich európskych WONCA sietí pre vzdelávanie (EURACT) a výskum (EGPRN). Namiesto predstavenia individuálnych alebo organizačných členstiev, národné univerzity, profesionálne združenia a odborné spoločnosti boli nábádané k menovaniu dvoch delegátov, čo je dôvodom prečo EQuIP zostal uzavretým a sebestačným klubom. V máji 2016 EQuIP mal 89 aktívnych členov z 25 Európskych krajín. Počas tohto obdobia ústredný bod sa presúva stále viac k spolupráci a aktivitám členov. V porovnaní s predchádzajúcimi fázami, dnes existuje omnoho dynamickejšia skupina, previazaná zdola hore spoločným dialógom o spoločných projektoch.

Nedávny príkladom je Výročný projekt Fondu pre výskum WONCA Europe, ktorý v súťaži získal **EQuIP projekt posilnenie postavenia úlohy pacienta**. Deviateho septembra 2011, menšia revízia WONCA Europe definície lekárskej praxe uviedla ako svoju dvanástu a najnovšiu charakteristiku „**Propagáciu posilnenia postavenia pacientov a samostarostlivosť**“ (Mola, 2013) Projekt bol vyvíjaný v období od 2012–2015 a oficiálne spustený počas WONCA Europe konferencie v Istanbule ako „**Posilnenie postavenia pacienta v chronickom stave – WONCA EUROPE (PECC–WE)**“. Bol vytvorený pracovný balík, ktorý zahŕňal vytvorenie online úložiska pre stimuláciu ďalšieho výskumu na koncept posilnenia postavenia pacienta ako aj miesto pre relevantné nástroje. Tento prístup nie je spojený s neúspešne vyvinutými produktmi. Namiesto toho plne prijíma postup zdola nahor a zameriava sa na spolupartnerstvo a vzájomnú spoluprácu s expertmi na zdravotnú starostlivosť, výskumníkmi a pacientmi.

Ďalším príkladom sieťového prístupu je spoločný projekt **EQuIP a VdGM** ohľadne **vynálezu interaktívnej elektronickej príručky pre sociálne siete v lekárskej praxi**, ktorá mala príspevky od mnohých jednotlivcov z vonku aj z vnútra oboch sietí. Strategickí a skúsení užívatelia sociálnych sietí zdieľali svoje príbehy – príbeh ktoré boli určené k tomu

aby inšpirovali a motivovali užívateľov sociálnych médií aby rešpektovali pravidlá správania sa a aby umožnili šikovný, zdatný a efektívny spôsob využívania sociálnych médií (VdGM, 2015). Projekt smeruje k budúcej blízkej spolupráci a budovaniu siete medzi WONCA (Europe) a rôznych WONCA SIGs (Special Interest Groups) týkajúcich sa tém ktoré sú v spoločnom záujme.

Aj keď je bezpečnosť pacienta len jedným z aspektov zlepšovania kvality v lekárskej praxi, stala sa kľúčovou témou a bola zdôraznená ako hlavná kompetencia všeobecných praktických lekárov. **Zdravie je odvetvie kde bezpečnosť je zásadná** (IoM, 1999) a dôležité aspekty lekárskej praxe zahŕňajú kvalitu určenia diagnózy, zlá identifikácia pacienta, lekárske pochybenia, vakcinačné pochybenia, a zlyhanie systému (Rubin et al., 2003). Toto výskumné odvetvie vyvinuté mnohými bývalými delegátmi EQuIP, sa vynára na povrch s dôrazom na posilnenie systému, integrácie a výučby, ktoré však vyžadujú infraštruktúry ktoré chýbajú v mnohých oblastiach všeobecnej starostlivosti. Ambíciou už nie je identifikácia jednej hodnoty bezpečnosti, ale upraviť metriku na miestne nastavenia a okolnosti a nechať klinických pracovníkov vyvinúť tieto bezpečnostné metriky (Vincent a Esmail, 2015).

Cieľom EQuIP v rámci bezpečnosti pacientov je zamerať sa na únavu a syndróm vyhorenia u doktorov a personálu, ako aj na druhé a tretie syndrómy obetí ako hlavné aspekty bezpečnosti pacientov, nakoľko táto oblasť v súčasnosti postráda adekvátnu pozornosť a vhodné stratégie ktoré by minimalizovali riziko a ohrozenie bezpečnosti pacienta z dôsledku prepracovanosti a únavy všeobecných praktických lekárov a personálu (RCGP, 2015).

Budúcnosť zlepšovania kvality a úloha EQuIP

„Budúcnosť bude orientovaná na účinnosť a faktory účinnosti. Ako ďalej s podporou a obštrukciou? Príliš sofistikované akcie pre bezpečnosť pacienta môžu mať kontraproduktívny efekt. Je nevyhnutné to vyjasniť a uviesť odporúčania do rovnováhy.“ (Reinhold Glehr, Rakúsko)

Budúcnosť zlepšovania kvality zahŕňa vytváranie pridanej hodnoty pre relevantné strany, zároveň navigáciu v oblasti politických nariadení a očakávaní pacienta. To prispieva k väčšej centralizácii a štandardizácii (zabezpečenie kvality), ktorá vedie k nižšej kvalite a vníma sa ako menej užitočná pre klinických pracovníkov z dôvodu nedostatku príležitostí pre spätnú väzbu. Uchovanie rovnováhy vo vzťahoch pacient–doktor použitím merania dát a vedeckej implementácie smerníc založených na dôkazoch, akreditačné schémy praxe, iniciatívy za bezpečnosť pacienta atď. sú omnoho dôležitejšie než boli doteraz. Najdôležitejšie je dnes smerovať toto úsilie na zníženie rizika z únavy vo všeobecnej praxi, ktorá má negatívny vplyv na zdravie pracovníkov v tejto oblasti zdravotníctva a môže negatívne ovplyvniť kvalitu ich práce pri poskytovaní lekárskej starostlivosti pacientom a aj ich bezpečnosť. (InGPInQI, 2012b, s.107)

V roku 2015, EQuIP vytvoril novú pracovnú skupinu na kontrolu kvality, vedenú Adrianom Rohrbasserom (Švajčiarsko), ktorý je v súčasnosti PhD študentom Oxfordskej univerzity. Používa realistický prístup aby zistil prečo skupiny kontroly kvality fungujú vo všeobecnej zdravotnej starostlivosti, pokúšajúc sa identifikovať kontextuálne faktory ktoré presadzujú tieto skupiny. Je potreba omnoho väčšieho zrozumiteľného pochopenia pre zužitkovanie dostupných nástrojov, v závislosti od miestneho kontextu, histórie a tradície.

Kompletná a rozširujúca sa sieť EQuIP bude rozhodne hrať dôležitú rolu v kvalite založenej na užitočnosti. Naliehame s prosbou o navštívenie webstránky a rozhodnutia sa pre členstvo v sieti EQuIP, zapojte sa do kvalitnej práce a diskusii na sociálnych médiách – a nezabudnite na letný medzinárodný projekt spolupráce EQuIP.

Praha 31.5.2016

Ulrik Bak Kirk - koordinátor EQuIP, univerzita Kodaň, Dánske kráľovstvo

Odporúčaný prehľad literatúry k danej téme:

- Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP (1992), Quality management in the NHS: the doctor's role – II. *BMJ* **304**(6822):304–8.
- Bohmer RMJ (2010), Fixing health care on the front lines. *Harvard Business Review* **88**(4):62–69.
- de Koning H, Verver JP, van den Heuvel J, Bisgaard S, Does RJ (2006), Lean six sigma in healthcare. *J Health Qua* **28**(2):4–11.
- Edwards A et al. (2010), Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* **23**(1):8–21. PMID: 21387860.
- Engel GL (1980), The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry* **137**(5):535–544. PMID: 7369396.
- Elwyn G, et al. (2004), Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix™. *Quality and Safety in Health Care* **13**:287–294.
- Eriksson T, EQuIP (2011), European Association for Quality in General Practice/Family Medicine. *Eur J Gen Pract.* **17**:69–70.
- Eriksson T, EQuIP (2010), EQuIP: European Association for Quality in General Practice/Family Medicine. From tool development to information sharing – recent developments in EQuIP. *Eur J Gen Pract.* **16**(1):57.
- Eur J Gen Pract* (2015), Patient safety in primary care (supplement issue). **21**(S1):1–77.
- EQuIP (2016), 2nd Newsletter. May Edition. Accessed at 7th of May 2016: http://equip.dudal.com/files/72/equip_02newsletter_may2016.pdf
- Grol R et al. (1999), Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family Practice* **16**(1):4–11.
- InGPInQI: Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology (2012a). Accessed at 8th of May 2016: <http://ingpinqi.eu/>
- InGPInQI (2012b), Guidebook on Implementation of Quality Improvement in General Practice, Andrée Rochfort, Violetta Kijowska, Katarzyna Dubas (eds). Accessed at 10th of May 2016: http://ingpinqi.eu/guidebook_EN/index.html
- IoM: Institute of Medicine (1999), To Err Is Human: Building A Safer Health System. Accessed at 9th of May 2016: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>
- Mola E (2013), Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract.* **19**(2):128–31. Doi: 10.3109/13814788.2012.756866.
- RCGP: Royal College of General Practitioners (2015), Patient safety implications of general practice overload. Accessed at 10th of May 2016: <http://www.rcgp.org/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx>
- Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Grol, R (2004), Organizational Assessment in Primary Care: An Overview. In: *Quality Management in Primary Care*, edited by Grol R, Dautzberg M, Brinkmann H. Gutersloh, 37–52.
- Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C (2003), Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care* **12**:443–47. Doi:10.1136/qhc.12.6.443.
- Second and Third Victim Research Group (2015), Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims. Accessed at 9th of May 2016: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_ingles_impresion_v06.pdf
- Szecsényi J. et al. (2011), Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ*.
- Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J (2014), Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract.* **20**(4): 253–59. Doi: 10.3109/13814788.2013.877130.
- VdGM: Vasco da Gama Movement (2015). Accessed at 8th of May 2016: <http://vdgm.woncaeurope.org/content/vdgm-socialmedia-compass>
- Vincent C, Esmail A (2015), Researching patient safety in primary care: Now and in the future. *Eur J Gen Pract* **21**(S1):1–2.
- Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R (1998), A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* **47**(10):1573–88. PMID: 9823053.
- WWVPQS: WONCA World Working Party on Quality and Safety in Family Medicine (2016). Accessed at 7th of May 2016: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/QualitySafety.aspx>

Ako funguje primárna starostlivosť v Brazílii

Program rodinného zdravia v Brazílii

Epidemiologický profil Brazílie odhaľuje výrazné nerovnosti v zdravotnom stave a výsledkoch medzi obyvateľmi: miera úmrtnosti je vyššia u pracujúcich mužov, rodičiek a detí v chudobných mestských a vidieckych oblastiach. Na riešenie týchto nerovností bol v Brazílii v r. 1988 vytvorený Národný zdravotný systém (NZS). NZS zabezpečuje primárnu, sekundárnu a terciárnu zdravotnú starostlivosť pre viac ako 190 miliónov obyvateľov a je postavený na princípe všeobecne dostupnej esenciálnej starostlivosti, decentralizácii a spoluúčasti komunity. NZS je organizovaný v troch úrovniach. Federálne, v jednotlivých štátoch a v obciach, pričom manažéri na každej úrovni sú autonómni. V r. 1994 Brazília začala intenzívne úsilie s cieľom poskytovať primárnu starostlivosť prostredníctvom rodinného zdravotného programu „Programa Saúde da Família“ (PSF). PSF má za cieľ zabezpečiť rodinné zdravotné tímy pre celú populáciu. Každý tím má lekára, sestru, asistentov a komunitných zdravotných pracovníkov a má na starosti skupinu obyvateľov v počte až do 4000 osôb. Členovia tímu spolupracujú a poskytujú esenciálne zdravotné služby, zdravotnú výchovu a podporu, integrujú služby medzi primárnou, sekundárnou a terciárnou úrovňou a znižujú zdravotné riziká za spoluúčasti komunity. Do tohto systému boli zapojení rodinní lekári, aby doplnili svojimi zručnosťami absenciu zručností u iných zdravotníkov, aby sa zvýšila efektívnosť programu, technické zručnosti členov tímu a aby služby PSF boli previazané so zdravotným systémom. Doteraz bolo vytvorených viac ako 32 000 tímov a bolo zaznamenané výrazné zlepšenie výsledkov v oblasti zdravia. Výzva, okrem iného, je vytvoriť optimálne systémy pre koordinované poskytovanie zdravotných služieb, posilnenie miestnych manažérskych kapacít a rozvoj ľudských zdrojov. Na lekárske fakultách sa realizujú intenzívne školenia, rozvoj a výskum s cieľom rozšíriť a zlepšiť výsledky PSF. Mnohé publikácie ukazujú efektívnosť stratégie podloženú poklesom úmrtnosti malých detí. Napr. 10% zvýšenie pokrytia programom PSF sa spája s 4,5% poklesom úmrtnosti malých detí.

Zdroj: Departamento de Atenção Básica, 2012.

Zosúladovanie aktivít rodinného lekárstva v Brazílii

V Brazílii sa v r. 1988 dostupnosť komplexnej starostlivosti, vrátane služieb zameraných na prevenciu a podporu zdravia, stala ústavou garantovaným právom. Aby sa to stalo vykonateľným právom, brazílska vláda zaviedla „Program pre zdravie rodiny“, do ktorého boli zapojené tímy zdravotníkov primárnej starostlivosti, ktorí mali na starosti fungovanie komisie osôb a rodín v rámci komunity. Tím rodinného zdravia mali tvoriť: jeden rodinný lekár, jedna sestra, dve pomocné sestry a niekoľko tzv. zdravotných konateľov z komunity. Táto celonárodná podpora viedla k zavádzaniu postgraduálnych doškolovacích programov v rodinnom lekárstve. Brazílska

spoločnosť rodinného a komunitného lekárstva (SBMFC) teraz má viac ako 3500 členov. Tento model si vyslúžil pochvalu, ale má určité obmedzenia.

Sektor verejného zdravotníctva podporuje tento model, ktorý je kombináciou podpory zdravia, preventívnej starostlivosti a liečby ochorení, ale akademická obec reagovala pomaly. Vzdelávacie inštitúcie zvyčajne nemajú katedry rodinného lekárstva a rodinné lekárstvo a komunitné lekárstvo prenikalo do vzdelávacích inštitúcií pomaly, čo malo za následok, že typy lekárov, ktorých produkoval akademický systém, nezodpovedali potrebám v zmysle národnej stratégie zdravia. Na druhej strane, s podporou vlády boli vytvorené nové národné smernice pre pregraduálne medicínske vzdelávanie v Brazílii, ktoré pre každú školu garantujú vzdelávacie osnovy orientované na zdravotný systém na základe primárnej starostlivosti a všeobecnej praxe. To podnietilo väčšinu škôl k reformám a vytváraniu formálnych partnerstiev s regionálnymi a miestnymi zainteresovanými stranami v oblasti zdravia a aktívnu spoluúčasť osôb z komunity.

Pokiaľ nebudú zavedené normy, podporené silnými ústavnými alebo katedrami rodinného lekárstva, v akademických programoch budú veľké odlišnosti. SBMFC a Brazílske združenie medicínskeho vzdelávania (ABEM) sa aktívne zapájajú do realizácie vládnych smerníc, s pomocou partnerov vypracovali niekoľko workshopov a dokumentov na podporu rozvoja primárnej starostlivosti, vrátane novej smernice pre pregraduálne medicínske vzdelávanie v oblasti primárnej starostlivosti. S podporou vlády, SBMFC a ABEM existuje v Brazílii veľký potenciál budúceho rozvoja synergie medzi rodinným lekárstvom v akademickom rovine, primárnou starostlivosťou a „Programom pre zdravie rodiny“.

Zdroj: Demarzo MMP, Gusso GDF, Anderson MIP, et al. Family medicine: new perspectives in Brazil (letter). Fam Med. 2010; 42: 464–5.

SSVPL má už niektoré priateľské kontakty s Iberoamerickými združeniami všeobecných praktických /rodinných lekárov a teraz vysiela do Brazílie silnú delegáciu na Wonca konferenciu. Veríme, že získajú vedomosti a skúsenosti s modelom vychádzajúcim z juhoamerickej školy komunitnej medicíny, ktorá v tejto časti sveta rozvíja zdravotnícke systémy presne v rámci posilňovania vysokokvalitnej primárnej starostlivosti. Náš tím v zložení Peter Makara, Michaela Macháčová, Soňa Ostrovská, Štefan Krnáč, Erika Machovičová, Ludmila Resutíková, Peter Pekarovič, Jana Bendová, Andrea Kyšková- Michalková, Katarína Dostálová čakajú v Brazílii náročné dni.

(pl)



**21st Wonca World Conference
of Family Doctors**

2 - 6 November, 2016
Riocentro Exhibition & Convention Center

**Family Medicine
Now, more than ever!**

Absurdná situácia vo financovaní primárnej starostlivosti v SR. Za viac peňazí menej muziky.

Je známe, že Slovenská republika vynakladá, podľa správy OECD z roku 2014, na jedného obyvateľa 1580€, teda viac eur ako Česká republika (1560 €). Keď sa pozrieme na nákup vyšetrení zdravotnými poisťovňami pre svojich poistencov v našich ambulanciách (viď tabuľku), v porovnaní s nákupom v ČR vidíme značné rozdiely. Systematický nákup vyšetrení „zdravotnými poisťovňami“, a prakticky STOP nákupu primárnej starostlivosti „zdravotnými poisťovňami“. Samozrejme, že takto primárna starostlivosť nemôže uplatniť svoj esenciálny prínos pre zvýšenie finančnej efektivity, kvality a spravodlivej dostupnosti zdravotníctva na Slovensku. A tak musia obštrukciami trpieť pacienti, keď zasa podľa štatistiky OECD sme na chvoste krajín s v priemere 4000 odvrátiteľnými úmrtiami ročne. Musia pacienti strpieť aj toto ohrozenie svojej bezpečnosti? Musia lebo ... Ako nazvať nedostupnosť CRP alebo INR a ďalších vyšetrení v našich ambulanciách? Zvlášť nápadný rozdiel je v nákupe INR. Kým na Slovensku nakupuje toto vyšetrenie iba VŠZP v množstve 1 vyšetrenie raz za dva mesiace, teda 6x do roka, čo nespĺňa ani bazálne požiadavky na dodržanie guidelineov, tak u susedov toto vyšetrenie nakupujú 8 x za tri mesiace teda 32 x do roka, čo plne zabezpečuje potreby pacienta s ohľadom na zabezpečenie kvality starostlivosti a bezpečnosti antikoagulačnej liečby. Otázka potom stojí tak, že čo vlastne nakupujú zdravotné poisťovne na Slovensku z odvodov pacientov, keď to nie je potrebná zdravotná starostlivosť pre pacientov?

Čaká nás ešte veľa práce pri posilňovaní zdravotníctva v našej krajine.

(pl)

Úhrady POCT vyšetrení a ostatných vyšetrení v ambulanciách VPL v SR/ČR

Zdravotná poisťovňa:	24	25	27	ZP-ČR
Vyšetrenie				
1. CRP	0	0	4,408 €	4,03 € 6x/1 štvrtrok
2. HbA1c	0	0	0	6,14 € 4x/1 rok
3. Glykémia	0,73028 €	0	0	0,70 € 1x/1 deň
4. INR	0	5,20 € 6 x/ 1 rok	0	7,11 € 32x/1 rok
5. Analýza moču, mikroalbuminúria	0	0	0	1,44 € 1x/1 deň
6. TOKS	7,92 €	12,00 €	6,04 €	5,88 € 50-55 let, 1x/1 rok, ďalej á ½ roku
7. ABI oscilometricky	0	4,50 € iba pri PP	0	4,55 € 1x/1 rok

SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA PRED SVOJÍM SNEMOM

V najbližšom čase sa bude konať snem SLK. Dovoľte uviesť krátku poznámku v tejto súvislosti aj z pohľadu odboru všeobecného lekárstva.

SLK tu máme zo zákona. Nemá to vo svojej existencii ľahké. Žiadna doterajšia politická moc nechcela nezávislú a silnú lekársku komoru. Preto sa stáva, že SLK vypracováva podnety, legislatívne úpravy, pravidlá a podobne a podáva ich na príslušné inštitúcie. Veľmi často nie sú vypočítané a ani vzaté do úvahy. Medzi lekármi neraz počut, „čo tá komora vlastne robí?“

Odpoveďou je: Prečítajte si pravidelný časopis SLK, pozrite si webovú stránku SLK a na Vašu otázku tam dostanete odpoveď. Je potešiteľné, že za nového prezidenta RLK Prešov bol s bezkonkurenčnou prevahou zvolený MUDr. Peter Makara. V Trnave je novým prezidentom RLK MUDr. Peter Pekarovič. To zvýrazňuje dôležitosť nášho odboru aj v nastávajúcej Rade SLK. Vo výbore SSVPL, ale aj v ZAP, tak máme vlastne tiež dvoch prezidentov RLK...

Nadchádzajúci snem SLK bude smenom volebným. Volí sa prezident SLK, Rada SLK, Kontrolný výbor SLK, Disciplinárna komisia SLK. Prosim kolegov a kolegyně z radov všeobecných lekárov, ktorí sú delegátmi

snemu, aby – ak im to len trošku bude možné, aby sa snemu zúčastnili. Ich zastúpenie iným lekárom nie je možné. Hlasujte s rozvahou a nezabúdajte ani na podporu nášho odboru – koho si snem zvolí, toho budeme mať.

Teraz nerobím volebnú agitáciu, ale treba sa k veciam tiež vyjadriť. Pri voľbe do Rady SLK je najlogickejšie a najsprávnejšie, keď sa zvolí aktuálny prezident z každej RLK. Všetko ostatné je menej dobré. Nevieť, kto všetko bude prípadne kandidovať za prezidenta SLK. MUDr. Marián Kollár kandidovať bude. Z osobnej skúsenosti môžem potvrdiť, že svoju funkciu v tomto volebnom období zastával zodpovedne a s veľkým nasadením v prospech lekárskeho stavu. Nevieť o ničom, že by ho dokázali „kúpiť“, aby predal lekársky stav výmenou za osobný prospech. Takže opakujem, hlasujeme s rozvahou.

Všetkých pozdravujem,



Hlohovec, 7.9.2005
MUDr. Peter Pekarovič
prezident RLK Trnava

Životopis prezidenta Wonca World

Michael je austrálsky všeobecný praktický / rodinný lekár a výskumník primárnej starostlivosti, lekársky pedagóg a lekársky vodca. Dva volebné obdobia bol prezidentom Kráľovskej spoločnosti austrálskych všeobecných praktíkov.

V roku 2013 bol zvolený prezidentom Wonca World a od roku 2009 pôsobí ako dekan Fakulty medicíny, ošetrovateľstva a zdravotných vied na Flinders University, Adelaide, Austrália. Táto fakulta zahŕňa rôzne katedry a odbory s väzbou na zdravie, pre lekárov aj pre zdravotné sestry, pre odborníkov verejného zdravotníctva, riešiacie zdravie pôvodných obyvateľov, zdravie handikepovaných a výskumné centrá a terénne výukové zariadenia v Južnej Austrálii, Severnom Území a Západnej Victórii. Neustále rozširuje pôsobnosť svojej fakulty. Zriadil, pod Flinders University novú Lekársku fakultu so sídlom v Darwin a ďalšie nové výskumné centrá zdravia domorodcov so sídlom v Adelaide a Alice Springs, zavádza nové kurzy napríklad v optometrii, fyzioterapii a ergoterapii.

Študijné roky

Michael absolvoval s vyznamenaním University of Melbourne v roku 1983. Po stáži v kráľovskej nemocnici v Melbourn, sa zapísal do postgraduálneho vzdelávacieho programu Rodinné lekárstvo Kráľovskej austrálskej spoločnosti všeobecných praktíkov. Jeho postgraduálne vzdelávanie zahŕňalo skúsenosti s bežnou praxou a špeciálnymi zručnosťami potrebnými na vidieku a v mestách v pôrodníctve, detskom zdraví a duševnom zdraví. Bol prijatý do Kráľovskej spoločnosti austrálskych všeobecných praktíkov v roku 1989. Aj keď preferoval výcvik v rodinnej medicíne, tiež absolvoval vzdelávanie v oblasti výskumu verejného zdravia na Flinders University.

Akademická pôda

Michael nastúpil na katedru všeobecného praktického lekárstva na Monash University v Melbourne v roku 1988. Následne bol menovaný docentom v roku 1990. Za svoje výskumy vzdelávania lekárov s využitím počítača mu bol udelený v roku 1995 doktorát z medicíny a medicínskeho vzdelávania na Monash University, Melbourne. 1995-2009 pôsobil ako profesor všeobecnej praxe na Univerzite v Sydney na Ústave všeobecného praktického lekárstva, kde po troch rokoch bol poverený jeho vedením a viedol ho až do roku 2009.

Michael bol zapojený do mnohých dobrovoľníckych aktivít, vrátane že viedol lekárske tímy pre zabezpečenie starostlivosti o športovcov v gymnastike a v basketbale na Olympijských hrách v Sydney v roku 2000, a bol pravidelný zdravotný komentátor na austrálskej národnej mládežníckej rozhlasovej stanici JJJ. Tu sa objavil ako „Medical Michael“. On je aj patrónom Študentskej siete austrálskeho všeobecného praktického lekárstva - Students Network, vnútroštátnej organizácie, ktorá podporuje študentov medicíny so záujmom o prácu v oblasti všestrannej praxe.

Všeobecný praktík

Pôsobil 28 rokov ako všeobecný praktík v rôznych mestských a vidieckych praxiach v provincii Victoria, NSW, SA a NT s osobitným záujmom v starostlivosti o ľudí s HIV a o zdravie domorodcov. Od začiatku 1990, Michael začal prácu ako všeobecný praktík na zdravotnej klinike určenej pre homosexuálov a pacientov s AIDS, ktorá poskytovala komunitnú starostlivosť pre týchto ľudí. Od tej doby pokračoval v tejto práci na čiastočný úväzok ako všeobecný praktík so zvláštnym záujmom o poskytovanie primárnej starostlivosti o pacientov postihnutých HIV / AIDS.

Cesta vo Wonca

Michaelova cesta vo WONCA sa začala v roku 1989, kedy sa zúčastnil svojej prvej Wonca World konferencie v Jeruzaleme. V Hongkongu v roku 1995, bol Michael vyzvaný aby vytvoril pracovnú skupinu WONCA o informatike, ktorej predsedal až do roku 2007. Michael bol zvolený ako člen exekutívy Wonca World v roku 2004 a opakovane v roku 2007. V tomto postavení tiež slúžil ako WONCA pokladník od 2007-2010; v rokoch 2005-2010 bol styčný dôstojník medzi WONCA World a Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) a ako predseda pracovnej skupiny WONCA pre vzdelávanie, od 2005-2010.

V súčasnosti pôsobí ako prezident Svetovej organizácie všeobecných praktických/rodinných lekárov (WONCA) od 2013 a bude až do novembra 2016.

Ako WONCA prezident Michael je silný a hlasný obhajca všeobecnej praktickej/rodinnej medicíny na celom svete, a arbiter špecifických úloh rodinných lekárov v posilnení primárnej zdravotnej starostlivosti v každom národe a usiluje sa o všeobecné pokrytie primárnou zdravotnou starostlivosťou prostredníctvom vysoko kvalitného poskytovania služieb, organizovania vzdelávania, odbornej prípravy a výskumu.

Vedecká a publikačná činnosť

Je zvolený za člena Austrálskej akadémie zdravotníctva a lekárskeho výskumu. Viedie rozsiahly výskum a vzdelávacie aktivity, venuje sa rôznym témam vrátane globálneho zdravia, primárnej zdravotnej starostlivosti a všeobecnej praxi, medicínskej informatike, zdravotnej politike, doškoleniu lekárov, bezpečnosti a kvalite v primárnej starostlivosti, manažmentu starostlivosti o pacientov s HIV, žltáčkou typu C a sexuálne prenosnými infekciami v primárnej starostlivosti. Je autorom alebo redaktorom jedenástich kníh, spoluautorom ďalších siedmich kníh, autorom viac ako 140 článkov v recenzovaných odborných časopisoch. Michael je zakladateľ a šéfredaktor Journal of Medical Case Reports, ako prvom na svete medzinárodnom lekárskom časopise venovanom kazuistikám zo všetkých lekárskeho odborov. Je spolueditorom učebnice „Prehľad zdravotníckej informatiky“, ktorý bol uverejnený v Angličtine, Španielčine a Portugalštine a napísal kapitoly o „HIV / AIDS“ a „Počítače v rámci konzultácií“ v Oxfordskej učebnici primárnej starostlivosti. Jeho knihy o podpore zdravia, „Ako zachrániť svoj život a životy tých, ktorých máte radi“ a „Šesť podrobných návodov k dobrému zdraviu od vášho všeobecného praktika“, vydalo nakladateľstvo Allen a Unwin v roku 2007, s druhým vydaním v roku 2011. Sú známe jeho knihy o zdraví pre lekárov a študentov

medicíny... V roku 2009 pripravil nové vydanie publikácie WONCA o prínose rodinného lekárstva pre zlepšenie zdravotných systémov s podporou WHO, ktorú vydal v Radcliffe, v roku 2013 a predstavil na svetovej konferencii WONCA World v Prahe, kde sa ujal aj prezidentskej funkcie.

Vlády

Michael pôsobí od roku 1995 ako poradca austrálskej vlády. V súčasnosti predsedá poradnému výboru austrálskej vlády pre krvou prenosné vírusové ochorenia a pohlavne prenosné infekcie.. Tento poradný výbor zodpovedá za rozvoj austrálskych stratégií pre prevenciu a liečbu HIV, hepatitídy B, hepatitídy C a sexuálne prenosných infekcií.

Ďalej pôsobí ako člen Poradného výboru Federálneho komisára pre ochranu súkromia, člen Rady austrálskej vlády pre národné zdravie, člen Lekárskej rady pre výskum (NHMRC), predseda Juhoaustálskej vládnej rady pre klinický tréning, člen Austrálskeho poradného zboru pre liečebné tovary (lieky a liečebné pomôcky) a ako Garant Registračného úradu všeobecných praktikov v Austrálii.

Pôsobil ako poradca na primárnu starostlivosť pre niekoľko národných vlád, vrátane Indonézie, Saudskej Arábie, Írska a na Novom Zélande.

Kvalifikácia

AM, F.A.H.M.S., M.B.,B.S. (Hons) (Melbourne), M.D. (Monash), D.C.C.H. (Flinders), Dip.R.A.C.O.G., F.R.A.C.G.P., F.A.C.H.I., F.A.C.N.E.M. (Honorary), F.R.C.G.P. (Honorary) United Kingdom, F.R.N.Z.C.G.P. (Honorary) New Zealand, F.A.F.P.M. (Honorary) (Malaysia), F.H.K.C.F.P. (Honorary) (Hong Kong), F.C.G.P.S.L. (Honorary) Srí Lanka, M.A.I.C.D.

Vyznamenania, ocenenia a granty

Pri príležitosti „Narodenín Kráľovnej“ bol v roku 2009 Michael pasovaný Rytierom Austrálie za službu v medicíne a vzdelávaní vo všeobecnej praxi a primárnej zdravotnej starostlivosti, za jeho skvelé pôsobenie v mnohých profesionálnych organizáciách. Michaelovi bolo udelené čestné členstvo Kráľovskej spoločnosti všeobecných praktikov Nového Zélandu, Honkongskej spoločnosti všeobecných praktikov, Akadémie rodinných lekárov Malajzie a Spoločnosti všeobecných praktikov na Srí Lanke a Doživotné členstvo Asociácie praktických lekárov v Nepále. V roku 2007 získal Cenu Austrálskej medicínskej asociácie pre excelenciu v zdravotníctve za uznanie jeho prínosu pre primárnu starostlivosť, medicínske vzdelávanie a zdravotnú starostlivosť o znevýhodnené osoby v Austrálii. V roku 2009 bol menovaný Čestným profesorom lekárskej fakulty na univerzite v Sydney.

Medzinárodná povest'

Michael má medzinárodnú povest' ako excelentný výskumný pracovník primárnej starostlivosti. V súčasnej dobe vedie výskumné projekty týkajúce sa bezpečnosti elektronického zdravotníctva a inovácií vo všeobecnej praxi. Michael má medziná-

rodné skúsenosti ako zdravotnícky pedagóg, pracuje v mnohých krajinách, zahrnujúc Malajziu, Srí Lanku, Hong Kong, Južnú Afriku, Saudskú Arábiu a Spojené kráľovstvo. Viedol aktivity v oblasti vzdelávania a výskumu z University of Sydney vo Východnom Timore od 2006-2009. Od roku 2008 pôsobí ako poradca na programy Svetovej zdravotníckej organizácie riadiacej primárnu starostlivosť zameranú na duševné zdravie v rámci ostrovných krajín v regióne Západné Tichomorie; a podieľa sa na rozvoji chronických iniciatív v oblasti prevencie a manažmentu ochorení, v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. V roku 2007 pôsobil na Londýnskej univerzite hygieny a tropickej medicíny, kde skúmal aspekty primárnej starostlivosti v rozvojových krajinách a analyzoval výskumné práce vykonané v teréne v Afrike, Indii, na Strednom východe a vo východnej Európe. V priebehu roka 2008 pôsobil ako klinický poradca pomáhajúci pri vytváraní nových diagnostických a liečebných služieb primárnej starostlivosti zameraných na HIV, vo vidieckych oblastiach v regióne Limpopo v Južnej Afrike. V rokoch 2005-2010 bol styčným dôstojníkom medzi WONCA a WHO. V roku 2012 pôsobil ako poradca Programu OSN pre HIV / AIDS, riešiacoho problematiku kriminalizácie HIV pacientov, problematiku nezverejňovania zdroja expozície pri prenose HIV.

Pôsobil ako poradca na primárnu starostlivosť pre niekoľko národných vlád, vrátane Indonézie, Saudskej Arábie, Írska a na Novom Zélande.

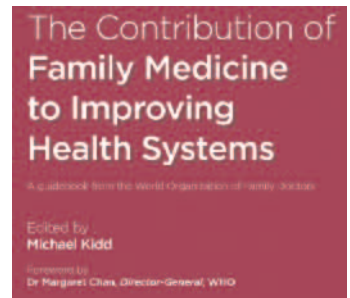
Michael a Slovensko

V roku 2007 sa zúčastnil na výročnej konferencii v Bojniciach v rámci svojich aktivít predsedu pracovnej skupiny WONCA pre vzdelávanie a styčného dôstojníka medzi WONCA a WHO. Teraz prichádza na Slovensko ako prezident Wonca a hlavný arbirer primárnej starostlivosti vo svete na našu XXXVII. Výročnú konferenciu do Starého Smokovca V Slovenčine práve vychádza jeho kniha „Prínos všeobecného praktického lekárstva k zlepšovaniu zdravotných systémov“. Prednášku s touto témou prednesie ako svoje hlavné poslanstvo 13.10.2016, v prvý deň konferencie a potom sa zúčastní panelovej diskusie, na ktorú sú pozvaní aj predstavitelia MZSR, WHO, lekárske fakulty, zdravotných poisťovní a ostatných strán zúčastnených procesu vývoja zdravotníctva na Slovensku. Popoludní sa stretnie s Mladými praktikmi SSVPL na osobitnom workshope.



PRÍNOS VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA K ZLEPŠOVANIU ZDRAVOTNÝCH SYSTÉMOV

(Úryvky z knihy profesora Michaela Kidda, ktorej slovenské vydanie bude predstavené na XXXVII. konferencii SSVPL)



1. EVOLÚCIA MEDICÍNSKEHO VZDELÁVANIA A RODINNÉ LEKÁRSTVO

Počiatkové reformy

Medicínske vzdelávanie v priebehu 20. storočia prešlo viacerými transformáciami, ktorých výsledkom bolo niekoľko celosvetových hnutí. **Prvé svetové hnutie** sa usilovalo položiť solídne vedecké základy pre klinickú medicínu organizovaním predklinického kurikula v línii základných medicínskych vied a začlenením medicínskeho vzdelávania do univerzitného systému, aby sa garantovala kvalita a zodpovednosť. V západných krajinách toto hnutie bolo ovplyvnené výsledkami popredných nemeckých škôl medicíny v druhej polovici 19. storočia, Lekárskym zákonom z r. 1880 v Spojenom kráľovstve a vplyvnou publikáciou Abrahama Flexnera z r. 1910. Flexner popísal nedostatky škôl medicíny v celých Spojených štátoch, inherentné slabé stránky exkluzívnych škôl a navrhol odporúčania na uskutočnenie reformy. Flexnerov model sa v USA rýchlo ujal a následne aj na celom svete.⁴

Tieto reformy medicínskeho vzdelávania viedli lekárov k tomu, aby klinické rozhodnutia robili na solídnych vedeckých základoch a posilňovali špecializáciu. Zdravotné systémy vítali pozoruhodné napredovanie vedy, výskumu a klinických výsledkov. Tieto reformy však viedli aj k umelému oddeľovaniu základných medicínskych vied od klinických disciplín. Finančné a akademické stimuly posilňovali dôraz na hĺbkové skúmanie a výskum, ďalej posilňovali ešte podrobnejšiu špecializáciu v rámci medicínskych odborov, profesií a škôl. Pozoruhodný pokrok vedy a techniky zatienil skutočnosť, že starostlivosť sa stávala čoraz viac fragmentovanou, odosobnenou a nákladnou. Z toho dôvodu je vhodné vrátiť sa k Flexnerovej správe a lepšie zladit' poslanie medicínskych vzdelávacích inštitúcií s novými výzvami a problémami zdravotných systémov.¹¹² Následná explózia medicínskych informácií viedla k ďalšej expanzii a podrobnejšiemu deleniu vzdelávacích osnov pre výučbu medicíny. Študenti sa prirodzene snažili vyrovnat' svojim akademickým mentorom, a všestranný klinický lekár ako učiteľ a vzor strácal na hodnote.

Školy medicíny a spoločenská zodpovednosť

Školy medicíny formujú zdravotné systémy a zároveň sú nimi formované. Spoločnosť lekárom dáva významné privilégia a zdroje. Tieto privilégia však znamenajú zodpovednosť za spoluúčasť na zlepšovaní zdravotných systémov a vzdelávanie lekárov tak, aby boli naplnené potreby spoločnosti. Zatiaľ čo akademické inštitúcie majú kapacity na ovplyvňovanie systémov zdravotnej starostlivosti, nie vždy to robia. Mnohé centrá sa venujú výskumu a rozvoju techník, ktoré majú len limitovaný dosah na urgentné a nenaplnené potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti.⁵

Spoločenská zodpovednosť znamená, že medicínske školy smerujú svoju činnosť v oblasti vzdelávania, výskumu a služieb na prioritné zdravotné problémy komunity, regiónu alebo krajiny, ktorej slúžia. Taká spoločenská zodpovednosť usmerňuje každú spoločensky zodpovednú akademickú medicínsku inštitúciu a je prítomná vo všetkých jej činnostiach. Rozvoj zdravotných systémov sa zvykne hodnotiť podľa 4 hodnôt – **relevantnosť, kvalita, spravodlivosť a nákladová efektívnosť**. Tieto hodnoty sú rovnako dôležité pre školy. Tieto hodnoty sa dajú vymedziť pre každú z troch domén akademickej medicíny: (1) **vzdelávanie**, (2) **výskum**, (3) **poskytovanie starostlivosti**.⁶

Druhé svetové hnutie riešilo spoločenský význam medicínskeho vzde-

lávania. O roku 1950 niektorí pedagógovia a praktici v oblasti medicíny rozpoznali problémy súvisiace s modelom vzdelávania orientovaného na choroby, ktorý sa zameriaval na liečbu zriedkavých stavov u hospitalizovaných pacientov, ale bez dôrazu na zdravie jednotlivcov a populácií.⁷ V druhej polovici 20. storočia hľadali cesty ako upraviť vzdelávacie osnovy, aby lepšie zodpovedali zdravotným potrebám ľudí a komunit a aby pripravovali lekárov na poskytovanie vysokokvalitnej, komplexnej lekárskej starostlivosti.⁸

Vyvinuli sa metódy, ktoré umožnili integrovať základné medicínske vedy a klinické riešenie problémov a zapájať študentov do práce s pacientom v kontexte rodiny a prostredia pacienta. Komunitne orientované vzdelávanie malo študentom pomôcť pochopiť zložité aspekty interakcie medzi zdravím osoby, populáciou a prostredím, ako rozmanito sa choroba môže prejavovať v rôznych kontextoch a prostrediach a ako zakročiť prijateľným a efektívnym spôsobom. Boli vypracované prístupy sústredené na populáciu, na posúdenie potrieb populácie, zváženie možností riešenia prioritných problémov a zodpovedajúce alokovaniu ľudských a iných zdrojov.⁷

V priebehu rokov Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) podporovala viaceré súvisiace vzdelávacie aktivity. Koncom šesťdesiatych rokov na celom svete iniciovala vytvorenie siete doškolovacích centier a programov pre učiteľov. Boli popísané a otestované inovatívne metódy, ktoré ponúkajú školiteľom širokú škálu možností prípravy školencov na efektívne riešenie prioritných problémov jednotlivcov aj komunit. V r. 1979 WHO podporila vytvorenie Sieť komunitne orientovaných vzdelávacích inštitúcií pre zdravotné vedy, teraz sa táto sieť nazýva: K jednote pre zdravie (The Network: **Towards Unity for Health**). Predstavuje svetové združenie inštitúcií a pedagógov podporujúcich zlepšenie zdravia v komunitách, ktoré vzdelávajú, robia výskum a poskytujú služby. Za posledných 20 rokov členovia z vyše 80 krajín podporili zlepšovanie zdravotného stavu komunit spolupracou s ďalšími zainteresovanými stranami a aktérmi v komunite (www.thenetworktuff.org). Úsilie malo kumulovaný efekt na podstatu, účinnosť a vitalitu tohto svetového hnutia s dôrazom na spoločenskú relevantnosť medicínskeho vzdelávania.

Čoraz častejšie vidíme, že sa uznáva vplyv spoločnosti na zdravie. Svetový konsenzus o spoločenskej zodpovednosti medicínskych škôl je významná iniciatíva potvrdzujúca tento trend.¹¹³ Popri vzdelávaní sa pozornosť čoraz viac zameriava aj na vplyv politických, ekonomických a sociálnych vplyvov na zdravie jednotlivca, pričom tieto faktory sa často nazývajú sociálne determinanty zdravia. Uznáva sa, že nestačí, ak tieto sociálne determinanty zdravia berú do úvahy poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pri zostavovaní plánu manažmentu zdravia, ale treba mať na zreteli, že samotný zdravotný systém pôsobí ako jedna z dôležitých determinantov zdravia. Medicínske vzdelanie sa musí poskytovať v kontexte, ktorý pomáha riešiť neadekvátnosť zdravotného systému ako sociálnej determinanty zdravia a mnohé inštitúcie tento aspekt začali zaraďovať ako formálny komponent do programov medicínskeho vzdelávania.⁹

Úloha kompetentnosti

Narastajúce, **tretie svetové hnutie** v medicínskom vzdelávaní, ktoré sa v poslednom desaťročí zrýchlilo, znamenalo evolúciu od tradičnej akademickej výučby, založenej na získavaní a preukazovaní vedomostí, k príprave založenej na získavaní a preukazovaní kompetentnosti (oprávnenosti a spôsobilosti). Tradičné medicínske vzdelávanie sa zameriavalo na nadobudnutie medicínskych vedomostí prostredníctvom pedagogicko-didak-

tickej výučby kombinovanej s modelom získavania praktických zručností. Úroveň vedomostí sa posudzovala často pomocou otázok s ponukou viacerých odpovedí a praktický výkon sa posudzoval na základe často subjektívnych kritérií školiacich lekárov, ktorí sami mali odbornú prax na rôznej úrovni. Nie je ťažké si predstaviť, že výučba zameraná na dosiahnutie vysokého hodnotenia pri otázkach na skúške a všeobecné odobrenie od jedného školiteľa nemohli preukázať úzku previazanosť so skutočným bežným výkonom v pracovnom prostredí, o to menej vplyv na spokojnosť pacienta alebo na výsledky v oblasti zdravia.

Vo svetle týchto skutočností sa teraz kladie väčší dôraz na rozvíjanie kompetentnosti prostredníctvom konkrétnych cieľov výučby ako aj na zmysluplné hodnotenie výsledkov pri dosahovaní určených cieľov. Od medicínskeho vzdelávania sa teraz očakáva spoľahlivé preukázanie kompetentného výkonu a výsledkov pri všetkých úlohách, ktoré sa očakávajú pri výkone konkrétneho typu lekárskej praxe. Ak sa majú dosiahnuť na kompetentnosti založené výsledky, treba stanoviť jasné a konkrétne ciele, aby im dobre rozumel ako školenec, tak aj školiteľ, t.j. zamerať sa na výkon resp. výsledky pri konkrétnom pozorovateľnom správaní, ktoré sa dajú merať kvantifikovateľným a spoľahlivým spôsobom.

Príprava založená na kompetentnosti zahŕňa aj uplatňovanie metód výučby, ktoré zosúladujú kontext alebo prostredie výučby s kontextom, v ktorom sa bude vykonávať poskytovanie starostlivosti a klinická prax.

To si vyžaduje preskúmanie všetkých prvkov výučby a ich zladenie s očakávanými nadobudnutými kompetenciami u školenca a včlenenie určitej škály zručností, potrebných pri výučbe zložitejších úloh. Vypracovanie nových na kompetentnosti založených metód výučby, si vyžaduje oveľa viac ako prednáškový didaktický štýl. Vyžaduje si výučbu praktických zručností v teréne, kde sa reálne uplatňujú alebo alternatívne v modelovom prostredí, ktoré primerane simuluje prax reálneho života.

Popri cieľoch a väčšom zameraní na komplexné a praktické zručnosti, výučba založená na kompetentnosti má najväčší dopad možno na metódy hodnotenia používané v medicínskom vzdelávaní. Tradične sa na posúdenie medicínskych znalostí používali otázky s možnosťou výberu z viacerých odpovedí a všeobecné bodovacie stupnice pre hodnotiteľov boli populárna metóda na hodnotenie klinických zručností. Tieto metódy majú však obmedzené možnosti, keď sa majú presne posúdiť kompetencie resp. zručnosti v rozmanitých oblastiach. Čoraz častejšie sa používajú iné techniky na hodnotenie kompetentnosti na pracovisku, čo umožňuje komplexnejšie posúdenie celkovej kompetentnosti. Medzi tieto metódy patria zoznamy kontrolných otázok (checklist), ciele štruktúrované klinické skúšky, simulácie a modely, 360 stupňové posudzovanie a portfóliá. Tieto zdokonalené a komplexnejšie spôsoby hodnotenia tiež umožňujú robustnejšie hodnotenie samotných školiacich programov, čo vedie ku kontinuálnemu zlepšovaniu medicínskeho vzdelávania.

V rámci národných systémov sa vyvíja úsilie na určenie základných kategórií kompetencií, ale lekár musí minimálne vedieť urobiť anamnézu, vykonať náležité fyzikálne vyšetrenie, stanoviť a zdôvodniť presnú diagnózu, a na základe týchto úkonov navrhnuť vhodný krátkodobý a dlhodobý plán starostlivosti o zdravie pacienta v kontexte daného zdravotného systému. Samozrejme, je množstvo dôležitejších kompetencií v závislosti od konkrétnej špecializácie alebo predpokladaných podmienok výkonu povolania, ale uvedené základné činnosti predstavujú minimálne očakávania na záver vzdelávania resp. školenia.

Zavádzanie a ďalšie rozvíjanie výučby založenej na kompetentnosti prináša početné výhody všetkým dotknutým stranám systému vzdelávania v medicíne. Tí, čo sa učia, sú bližšie k praktickému a relevantnému ideálu dospelého školenca, keď je vzdelávanie zamerané konkrétne a efektívne na úlohy, ktoré sa očakávajú v budúcom pracovnom prostredí. Od školenca sa tiež vyžaduje aktívne vyhľadávanie a získavanie požadovaných kompetencií. Z pohľadu pedagóga, školenie založené na kompetentnosti umožňuje racionalizovať a zladit' vzdelávacie osnovy ich zameraním na kontext výkonu povolania a často vedie k vypracovaniu platnejších a spoľahlivejších metód hodnotenia v kontexte širšej škály potrebných zručností.

Zdravotné systémy oceňujú hodnotu vzdelávania zdravotníkov, ktorí sú kompetentnejší a majú viac praktických zručností. Najdôležitejšie je, že pacient má kvalitnejšieho poskytovateľa lekárskej starostlivosti, ktorý je lepšie pripravený a vie čo pacient potrebuje na dosiahnutie a udržanie čo najlepšieho zdravotného stavu.

2. ČÍM SA ODLIŠUJE VZDELÁVANIE A ŠKOLENIE V ODBORE VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ/RODINNÉ LEKÁRSTVO?

Princípy primárnej starostlivosti

Na získanie spôsobilosti poskytovať vysokokvalitnú primárnu starostlivosť, ako ju popísala WHO,¹⁰⁴ človek musí byť vzdelaný v základných princípoch spojených s takouto starostlivosťou. Všeobecné praktické/Rodinné lekárstvo je postavené na 8 základných princípoch, ktoré sprevádzajú vzdelávanie a školenie v oblasti rodinného lekárstva:

1. Dostupnosť alebo starostlivosť prvého kontaktu
2. Komplexnosť
3. Kontinuita
4. Koordinácia
5. Prevencia
6. Orientácia na rodinu
7. Orientácia na komunitu
8. Sústreďenie sa na pacienta.

Určité princípy sa ako dôležité základné princípy začali objavovať v medicínskej literatúre pred viac ako 40 rokmi. Preukázalo sa, že začlenenie týchto princíпов do klinickej starostlivosti viedlo k lepším výsledkom a poskytlo základ na vypracovanie vzdelávacích osnov a školiacich metód na dosiahnutie kompetentnosti v primárnej starostlivosti. **Práve zameranie na poskytovanie klinickej starostlivosti s uplatnením všetkých osem princíпов odlišuje špecializačné štúdium v rodinnom lekárstve od iných špecializácií.**

Pokiaľ ide o názvoslovie, vidíme, že v mnohých krajinách sveta výraz rodinné lekárstvo sa často používa ako vzájomne zameniteľný s výrazom všeobecné praktické lekárstvo. Pokiaľ vzdelávacie programy s týmito názvami sú zamerané na rovnaké princípy a predstavujú samostatný konkrétny medicínsky špecializačný odbor určený na poskytovanie primárnej starostlivosti, medzi týmito dvoma názvami nie je podstatný rozdiel. Podobne, u poskytovateľov, ktorí sú ciele vyškolení v primárnej starostlivosti a orientovaní na jej princípy, používanie výrazov rodinný lekár (family physician), rodinný doktor (family doctor) a všeobecný praktický lekár, všeobecný praktik (general practitioner) sa môžu považovať za plne vzájomne zameniteľné. Treba však obozretnosť a vyhnúť sa pomýleniu týchto výrazov s ďalšími napr. s výrazom všeobecný doktor (general doctor), ktorý sa môže vzťahovať jednoducho na lekára, ktorý absolvoval štúdium medicíny a možno sa od neho očakáva aj poskytovanie všeobecnej zdravotnej starostlivosti na základnej úrovni, ale neabsolvoval špecializačné štúdium zamerané na základné princípy primárnej starostlivosti.

Aby sme sa vyhli komplikáciám a nedorozumeniu, v tejto kapitole budeme používať výraz všeobecné praktické/rodinné lekárstvo ako názov špecializačného odboru v medicíne, ktorý je zameraný na princípy primárnej starostlivosti a skupinu všetkých ostatných medicínskych špecializácií budeme nazývať subspecializácie, aby sme odlišili ich užšie zameranie v lekárskej starostlivosti.

Výučba rodinného lekárstva bola vždy úzko previazaná s praxou, pričom sa hľadal priamy súvis medzi typom a metódami vzdelávania s predpokladaným kontextom výkonu povolania rodinného lekára. Ďalej sa budeme venovať princípom a skúmať ako sa aplikujú v praxi rodinného lekára a ako určiť otázky a problémy, na ktoré sa treba zamerať v úspešnej výučbe, aby školení boli kompetentní v každom princípe rodinného lekárstva...

(pl)