
Prínos všeobecného praktického lekárstva pre zlepšovanie zdravotných systémov

Sprievodca zo Svetovej organizácie
všeobecných praktických lekárov
(WONCA)

Editoval

MICHAEL KIDD

*President, World Organization of Family Doctors (WONCA)
Executive Dean, Faculty of Health Sciences, Flinders University, Australia*

HLAVNÍ AUTORI KAPITOL

Cynthia Haq, Jan De Maeseneer, Jeffrey Markuns, Hernan Montenegro,
Waris Qidwai, Igor Svab, Wim Van Lerberghe, and Tiago Villanueva

AUTORI PŮVODNÉHO VYDANIA 2012

Charles Boelen, Cynthia Haq, Vincent Hunt, Marc Rivo, and Edward Shahady

Predslov napísala

DR MARGARET CHAN

*Director-General
World Health Organization*

1. slovenské vydanie



2016

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva
vo Vydavateľstve Univerzity Komenského v Bratislave

Z anglického originálu THE CONTRIBUTION OF FAMILY MEDICINE TO
IMPROVING HEALTH SYSTEMS. A GUIDEBOOK FROM THE WORLD
ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (2. vydanie, Radcliffe Publishing Ltd)
preložili Lucia Spatz a Donald Spatz.

© 2013 WONCA (1. vydanie 2012, WONCA)
Preklad © 2016 Lucia Spatz, Donald Spatz
Odborná recenzia: MUDr. Peter Lipták, SSVPL
Predhovor k slovenskému vydaniu © 2016 Peter Lipták

**Prínos všeobecného praktického lekárstva
pre zlepšovanie zdravotných systémov**

Sprievodca zo Svetovej organizácie všeobecných praktických lekárov
(WONCA)

1. slovenské vydanie

Preložené z 2. vydania, ktoré vyšlo v nakladateľstve Radcliffe Publishing Ltd
v Londýne 2013,
editoval MICHAEL KIDD

Fotografie na obálke: Bojnice Jana Liptáková, Tatry Milan Kapusta, Kidd Vlado Benko,
Bratislavský hrad s fonendoskopom – logo konferencie Wonca 2019 Bratislava

Vydala Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva
vo Vydavateľstve Univerzity Komenského v Bratislave 2016 ako svoju 1. publikáciu

ISBN 978-80-223-4178-3

Obsah

<i>Zoznam boxov a tabuliek</i>	<i>7</i>
<i>Predhovor k slovenskému vydaniu</i>	<i>11</i>
<i>Predslov</i>	<i>13</i>
<i>Zhrnutie</i>	<i>15</i>
<i>Slovníček.....</i>	<i>19</i>
<i>Zoznam autorov</i>	<i>27</i>
1 Napĺňanie potrieb v oblasti ľudského zdravia	37
1.1 Identifikácia súčasných a vyvíjajúcich sa ľudských potrieb v oblasti zdravia.....	38
1.2 Odpovede na potreby ľudského zdravia	40
1.3 Ako plniť úlohy a presvedčiť lídrov	43
2 Zlepšovanie zdravotných systémov	53
2.1 Hodnoty zdravotných systémov	53
2.2 Ciele zdravotných systémov	57
2.3 Funkcie zdravotných systémov	58
2.4 Trendy ovplyvňujúce poskytovanie zdravotných služieb	65
2.5 Výzvy optimalizácie poskytovania zdravotných služieb	70
2.6 Napĺňanie výziev prostredníctvom primárnej zdravotnej starostlivosti	73
2.7 Stratégie realizácie primárnej zdravotnej starostlivosti	74
3 Všeobecní praktici v zdravotných systémoch	83
3.1 Charakter rodinného lekárstva	83
3.2 Prínos rodinných lekárov v rámci zdravotnej starostlivosti.....	84
3.3 Rodinní lekári ako efektívni klinici	95
3.4 Rodinní lekári ako koordinátori zdravotnej starostlivosti.....	107
3.5 Rodinní lekári ako vodcovia, manažéri a supervízori.....	113
4 Vzdelávanie a profesionálny rozvoj	122
4.1 Čo je vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve?	123
4.2 Čím sa odlišuje vzdelávanie a školenie v odbore rodinné lekárstvo?.....	137
4.3 Ako vzdelávať a školiť v odbore rodinné lekárstvo?	162
4.4 Programy výučby rodinného lekárstva	183
4.5 Od vzdelávania do praxe	204

5 Vytváranie podporujúceho prostredia pre optimálnu prax rodinného lekárstva	215
5.1 Podpora pozitívnych vzťahov	216
5.2 Vytváranie profesijných organizácií rodinných lekárov	224
5.3 Financovanie služieb primárnej zdravotnej starostlivosti a rodinných lekárov	232
5.4 Lepšia dostupnosť primárnej starostlivosti	238
5.5 Podpora výskumu v primárnej starostlivosti	241
5.6 Zlepšovanie kvality starostlivosti a jej výsledkov	247
5.7 Napredovanie	256
6 Rodinné lekárstvo v krajinách s príjmami na nižšej a vyššej strednej úrovni	265
6.1 Jednotný zdravotný systém v Brazílii: Primárna zdravotná starostlivosť v akcii	270
6.2 Podpora všeobecných primárnych zdravotných služieb v Číne prostredníctvom reformy všeobecného praktického lekárstva	283
6.3 Rozvoj a perspektívy praxe rodinného lekárstva v krajinách východného Stredomoria	290
6.4 Rodinné lekárstvo a komunitná orientácia ako nový prístup v záujme kvality primárnej starostlivosti v Thajsku	305
7 „Africký rodinný lekár“: rozvoj rodinného lekárstva v Afrike 21. storočia	323

PRÍLOHY

A Deklarácia z Alma-Aty	346
B Preorientovanie medicínskeho vzdelávania a medicínskej praxe na dosiahnutie zdravia pre všetkých	350
C Výňatok zo Svetovej správy o zdraví 2008: <i>Primárna zdravotná starostlivosť – Teraz viac, ako kedykoľvek predtým</i>	353
D Spolupráca WHO-WONCA	355
<i>Podakovanie</i>	359
Osobitná príloha slovenského vydania	362
Rodinní lekári v ére nerovnosti, od neospevovaných hrdinov po vychádzajúce hviezdy	362
Umenie nič nerobiť	370
Čo rozumieme pod pojmom „integrováná starostlivosť“ a ako môžeme otestovať jej integritu?	379
25 rokov EquiP	382
Životopis prezidenta Wonca World (2013-2016) Michaela Kidda	393

Zoznam boxov a tabuliek

BOXY

1.1	Typy prostredia rodinných/všeobecných praktických lekárov	42
1.2	Rozsah praxe rodinných/všeobecných praktických lekárov	42
2.1	Kompas vzájomne súvisiacich hodnôt	57
2.2	Príklad pacienta primárnej starostlivosti.....	74
2.3	Pentagón partnerstva.....	77
3.1	Definícia všeobecného praktického/rodinného lekára	84
3.2	Princípy rodinného lekárstva	87
3.3	Projekt JANUS: rodinní lekári naplňajú potreby spoločnosti zajtrajška.....	88
3.4	Ako poskytovať efektívne a účinné služby zdravotnej starostlivosti prostredníctvom všeobecných praktických/rodinných lekárov	91
3.5	Profil „päťhviezdičkového“ lekára	93
3.6	Typický mesiac zdravotnej starostlivosti v USA	95
3.7	Práca rodinného lekára v Južnej Afrike	99
3.8	Rozsah činnosti rodinného lekára: analýza situácie v Austrálii, Nemecku a Južnej Afrike	102
3.9	Úloha rodinného lekára v boji proti fajčeniu v Dánsku	105
3.10	Koordinovaná starostlivosť o pacienta s tuberkulózou.....	109
3.11	Ako rozvíjať úlohu rodinného lekára ako koordinátora starostlivosti.....	110
3.12	Ako zvýšiť orientáciu rodinných lekárov a tímov primárnej starostlivosti na kontinuitu	113
3.13	Manažment praxe pre rodinných lekárov.....	115
3.14	Program rodinného zdravia v Brazílii.....	116
3.15	Ako umožniť rodinným lekárom stať sa vodcami	117
4.1	Zosúladzovanie aktivít rodinného lekárstva v Brazílii.....	128
4.2	Rodinné lekárstvo na podporu miestnych ľudských zdrojov v zdravotníctve v Afrike.....	135
4.3	Dlhodobé integrované stáže	147
4.4	Základné prvky komunikácie pacient-lekár.....	158

4.5	Základná infraštruktúra potrebná na vypracovanie vzdelávacích programov v rodinnom lekárstve	163
4.6	Zavedenie výučby rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria.....	165
4.7	Základný obsah rodinného lekárstva zahŕňa... ..	166
4.8	Nové kurikulum rodinného lekárstva v Rakúsku	170
4.9	Ako vytvoriť akademický útvar rodinného lekárstva.....	174
4.10	Ako posilniť existujúci útvar rodinného lekárstva	175
4.11	Rodinné lekárstvo v Dánsku.....	176
4.12	EURACT: regionálna akadémia pre učiteľov všeobecného praktického a rodinného lekárstva v Európe	179
4.13	Ako skvalitňovať kurikulum	187
4.14	Ako získať študentov pre rodinné lekárstvo	189
4.15	Obrozenie vzdelávania v rodinnom lekárstve v Kanade	191
4.16	Dva prípady doškoľovania v rodinnom lekárstve v JV Ázii.....	196
4.17	Ako zabezpečiť efektívne kontinuálne medicínske vzdelávanie	200
4.18	Sumarizácia komponentov školenia v rodinnom lekárstve na Srí Lanke	201
4.19	Kontrolné otázky z rodinného lekárstva.....	202
4.20	Protokol zmeny v medicínskom vzdelávaní	205
4.21	Uplatnenie medzinárodných štandardov na rodinné lekárstvo	206
5.1	Ako rodinní lekári môžu podporovať pozitívny vzťah s komunitou	219
5.2	Ako rodinní lekári môžu podporovať pozitívne vzťahy s kolegami	220
5.3	Ako rodinní lekári môžu podporiť pozitívne vzťahy s lekáorskými fakultami a akademickými centrami	221
5.4	Partnerstvo vlády a rodinného lekárstva na Filipínach	222
5.5	Ako môžu rodinní lekári podporovať pozitívne vzťahy s vládnyimi úradmi.....	223
5.6	Ako Nový Zéland zabezpečuje centrálnou vládou podporovaný a z daní financovaný zdravotný systém, kde vláda je dominantným platcom, s podporou siete organizácií.....	224
5.7	Reforma primárnej zdravotnej starostlivosti zriadením miestnych organizácií primárnej zdravotnej starostlivosti v Austrálii	224
5.8	Všeobecná prax je základným kameňom primárnej zdravotnej starostlivosti v Dánsku	225

5.9	Zdravotné systémy v Kanade na úrovni provincií a teritórií majú rôzne prístupy k posilňovaniu poskytovania primárnej starostlivosti	225
5.10	Nedávne inovácie v reformách holandského zdravotníctva	226
5.11	Napredovanie rodinného lekárstva a zdravotnej starostlivosti v Poľsku	230
5.12	Iniciatíva Bamako	236
5.13	Stratégie financovania zlepšujúce služby primárnej starostlivosti.....	237
5.14	Ako získať rodinných lekárov pre prácu v medicínsky znevýhodnených oblastiach.....	241
5.15	Kategórie výskumu v primárnej starostlivosti.....	242
5.16	Ako podporovať výskum v primárnej starostlivosti (WONCA, konferencia v Kingstone, odporúčania).....	246
5.17	Ako podporovať výskum v primárnej starostlivosti.....	247
5.18	Poslanie Pracovnej skupiny WONCA pre kvalitu rodinného lekárstva	249
5.19	Ako zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti.....	254
5.20	Praktikanti v odbore rodinného lekárstva zlepšujú kvalitu starostlivosti v Južnej Afrike.....	254
5.21	Stratégie na podporu úsilia o zlepšovanie kvality.....	257
5.22	Prvky plánovania programu rodinného lekárstva.....	258
6.1	Tendencia nadmerného vyšetrovania, porovnanie praxe rodinného lekára a iných lekárov pri reagovaní na pacienta sťažujúceho sa na miernu bolesť žalúdka, úzkosť a strach.....	315
7.1	WHO udáva, že chudoba je najväčší zabijak na svete.....	327
7.2	„Snívam o dni keď sa títo doktori vrátia“.....	328
7.3	„Jeden prút sa ľahko zlomí, ale zväzok prútov je nezlomiteľný“.....	330
7.4	Rezolúcia 62.12 Svetového zdravotníckeho zhromaždenia o primárnej zdravotnej starostlivosti vrátane posilnenia zdravotných systémov, 2009	340
7.5	„ Posolstvo nádeje“ emeritného arcibiskupa Desmondu Tutu.....	342
B.1	V medicíne je umenie nič nerobiť aktívne, uvážené a zámerné. Je protielikom proti tlaku KONAŤ a môže existovať v mnohých podobách	371
B.2	Budúcnosť zlepšovania kvality a úloha EQuiP, kvalita verzus bezpečnosť	383
B.3	Budúcnosť zlepšovania kvality a úloha EQuiP, podpora či obštrukcia.....	389

TABULKY

3.1	Percento krajín, kde väčšina rodinných lekárov zahŕňa tieto vedomosti do svojej praxe.....	96
3.2	Percento krajín, kde väčšina rodinných lekárov poskytuje tieto služby	97
3.3	Percento krajín, kde väčšina rodinných lekárov robí tieto výkony	98
3.4	Top 20 epizód starostlivosti	100
3.5	Top 20 dôvodov pre návštevu.....	101
3.6	Doplňujúce klinické a komunitné zručnosti.....	112
4.1	Požiadavky na vzdelávanie rodinných lekárov v USA	169
4.2	Paralelné procesy starostlivosti o pacienta a výučba v medicíne.....	180
4.3	Doškoľovanie rodinných lekárov	198
5.1	Základné podmienky optimálnej praxe rodinného lekára.....	215
5.2	Dimenzie kvality zdravotnej starostlivosti	248
5.3	Zdroje dát na hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti.....	251
6.1	Počet zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti, lekárov a návštev v ambulancii v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti v r. 2005 a 2011	290

Predhovor k slovenskému vydaniu

„Každý v miere svojho pochopenia pracuje pre svoje ciele a v miere svojho nepochopenia pre toho, kto vie a chápe viac.“

Táto kniha vedomostí je určená pre pochopenie tým, ktorí sa chcú usilovať o zdravie pre všetkých.

Preklad a vydanie zabezpečila Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL), ktorá ako členská organizácia WONCA disponuje autorskými právami na všetky publikácie WONCA. Týmto chceme sprístupniť informácie o význame a prínose všeobecného praktického lekárstva, ktoré pod vedením Michaela Kidda spracoval autorský tím troch desiatok, v súčasnosti tých najuznávanejších svetových profesorov všeobecného praktického/rodinného lekárstva zo sveta. Achillovou päťou rozvoja všeobecného praktického lekárstva na Slovensku je predovšetkým nedostatok informácií o výsledkoch súčasnej svetovej vedy v otázkach organizácie a fungovania zdravotných systémov. Predkladáme vám túto publikáciu, v ktorej je podrobne rozpracovaná esenciálna úloha dobrej primárnej starostlivosti pre kvalitu, efektivitu a spravodlivú dostupnosť celej zdravotnej starostlivosti. Veríme, že táto kniha bude významným prínosom nielen pre našu všeobecnú prax, ale aj pre iné odbory a stane sa teoretickou bázou pre reformu nášho zdravotníctva.

Chcem poďakovať všetkým kolegom, ktorí sa podieľali na odbornej recenzii tejto publikácie: Michaele Macháčovej (úvodné kapitoly), Soni Ostrovskej (1), Petrovi Pekarovičovi (2), Márii Matusovej (3), Adriane Šimkovej (4), Štefanovi Krnáčovi (5), Ľudmile Resutíkovej Korbelovej (6), Petrovi Makarovi (7) a Darine Sedlákovej z WHO (6).

Veľká vďaka patrí prekladateľom Lucii a Donaldovi Spatz.

V Bratislave 17. 9. 2016

Peter Lipták

Predslov

Ľudské práva a dôstojnosť, korektnosť, spoluúčasť a inklúzia sú už dlho základné hodnoty WHO. Podopierajú náš príspevok k svetovému blahobytu a trvalo udržateľnému rozvoju. Poskytovanie zdravotných služieb v súlade s týmito hodnotami naďalej zostáva veľkou výzvou zdravotníctva vo svete i napriek výraznému pokroku v posledných desaťročiach. Najviac trpia zraniteľné populácie najmä v nízkopríjmových podmienkach. Investovanie do zdravia a zdravotných systémov tak zostáva základnou podmienkou nielen na zlepšenie poskytovania zdravotných služieb ako takých, ale aj na prekonanie chudoby, vybudovanie ľudského kapitálu a podporu trvalo udržateľného rozvoja.

Univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou založené na dostupných, prijateľných, prístupných a finančne dostupných vysokokvalitných zdravotných službách je mimoriadne dôležité pri zabezpečovaní lepšieho zdravia pre všetkých a je zjednocujúcim cieľom rozvoja zdravotných systémov, ako ho predpokladá deklarácia z Alma-Aty a novšie celosvetové deklarácie. Cesta k dosiahnutiu univerzálneho pokrytia zdravotnou starostlivosťou si vyžaduje významné investície do zlepšenia zdravotných služieb založených na princípoch a hodnotách primárnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotné služby môžu byť pre populáciu príliš drahé (prekážka finančnej dostupnosti), príliš vzdialené (prekážka prístupnosti), s nedostatkom pracovníkov a dlhými čakacími dobami (prekážka dostupnosti) a nezodpovedajúce kultúrnym a rodovým preferenciám (prekážka prijateľnosti). Keď ľudia vyhľadajú služby, často sú nekvalitné a v určitých prípadoch dokonca škodlivé. Navyše, služby sú obvykle fragmentované, orientované na liečebnú, nemocničnú a na chorobu sústredenú starostlivosť, čo ešte viac znemožňuje prístup k službám komplexnej a kvalitnej starostlivosti.

Zavedenie a udržanie primárnej zdravotnej starostlivosti ako súčasti komplexného zdravotného systému si vyžaduje niekoľko kľúčových prvkov, okrem iného dobré vládnutie, adekvátne a udržateľné financovanie a schopnú a motivovanú pracovnú silu. Dôležitým komponentom pracovnej sily je rodinné lekárstvo v kontexte multidisciplinárneho tímu úzko spolupracujúceho s rodinou a komunitou, ktoré poskytuje starostlivosť v súlade so zdravotnými potrebami ľudí. Všetky tieto prvky sa musia stretnúť a navzájom si pomáhať, aby bolo mož-

né prekonať prekážky brániace zmenám, učiť sa z predchádzajúcich skúseností a identifikovať konkrétne možnosti pre budúcnosť.

Táto kniha systematicky analyzuje prínosy rodinného lekárstva k vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti pri riešení aktuálnych výziev, ktorým čelia zdravotné systémy, a ponúka možnosti ďalšieho napredovania. Je to zároveň pragmatické usmernenie k potenciálnym stratégiám zavedenia tímov všestrannej starostlivosti, ktoré účinne prispievajú k rozvoju sektoru zdravotníctva v rôznych kontextoch. Verím, že prispôsobenie modelov rodinného lekárstva miestnym podmienkam je mimoriadne relevantné, a preto si vyžaduje osobitnú pozornosť.

Teším sa na ďalšiu spoluprácu medzi WHO a WONCA a nabádam k ďalším partnerstvám tohto typu na podporu dôležitej agendy poskytovania vysokokvalitných, na ľudí sústredených a integrovaných zdravotných služieb pre univerzálne pokrytie zdravotnou starostlivosťou.

Dr Margaret Chan

Generálna riaditeľka

Svetovej zdravotníckej organizácie

máj 2013

Zhrnutie

Táto kniha ukazuje, ako môže rodinné lekárstvo pomôcť krajinám na celom svete uchovať a zlepšovať zdravotný stav a blahobyť občanov prostredníctvom produktívnejšieho, lepšie koordinovaného a nákladovo efektívneho prístupu k zdravotnej starostlivosti. Popisuje:

- ▶ dôvody na vytváranie takých štruktúr zdravotných systémov, ktoré väčšmi reagujú na potreby ľudí;
- ▶ víziu optimálneho poskytovania zdravotných služieb na základe primárnej zdravotnej starostlivosti;
- ▶ výzvy na ceste k uskutočneniu tejto vízie;
- ▶ odpoveď rodinného lekárstva na tieto výzvy;
- ▶ stratégie rozvoja a posilnenia praxe rodinného lekárstva v jednotlivých krajinách.

V celej knihe sa podporuje flexibilný prístup k realizácii riešení, ktoré zodpovedajú špecifickým potrebám, zdrojom a kultúrnym očakávaniam v jednotlivých krajinách. Zdravotné systémy čelia všeobecným výzvam, ale úspešná realizácia riešenia si vyžaduje účinné odpovede na miestnej úrovni.

Kapitola 1 sa venuje budovaniu zdravotných systémov, ktoré reagujú na potreby obyvateľov a sú udržateľné. Aby sa to dosiahlo, treba kriticky zvážiť mimoriadny význam vyvážených, vzájomne sa dopĺňajúcich pohľadov a navzájom súperiace priority tých, ktorí prispievajú k zdravotnej starostlivosti. Tieto navzájom sa rozchádzajúce pohľady sa dajú riešiť zameraním pozornosti na základné zjednocujúce priority ako zdravotný stav každého človeka v komunite, kolektívne zdravie obyvateľov, spravodlivé rozdeľovanie zdravotnej starostlivosti. Takým spôsobom sa dajú navrhnúť spoločné riešenia, pri ktorých sa v maximálnej miere využijú silné stránky a schopnosti partnerov, ktorých príspevok je neodmysliteľný na dosiahnutie koherentného prístupu k poskytovaniu zdravotných služieb. Tieto riešenia sa odlišujú v závislosti od socioekonomickej situácie a miery rozvoja spoločnosti. Z toho dôvodu sa uvádza niekoľko odlišných reprezentatívnych scenárov a zároveň aj problémy a dôležité rozhodnutia, ktoré lídri budú musieť urobiť, aby v ich príslušných krajinách rodinné lekárstvo fungovalo optimálnym spôsobom.

Charakteristiky a funkcie systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti, ako sú opísané v **Kapitole 2**, tiež môžu usmerniť rozhodovanie tam, kde sú prítomné navzájom súperiace záujmy. Táto kapitola popisuje rozmanité aktuálne výzvy, ktorým čelí zdravotná starostlivosť a ktoré úlohu komplikujú. Pri bližšom pohľade na zložité otázky sa vynára čoraz viac dôkazov, že kľúčovým určujúcim faktorom na dosiahnutie lepšieho zdravotného stavu je spôsob, ako krajina dokáže organizovať svoje zdroje. Ekonomicky najvýhodnejší spôsob zníženia mortality a morbiditý obyvateľov je dobre rozvinutý systém služieb primárnej starostlivosti, ktorý zabezpečuje dostupnú, komplexnú, koordinovanú a na človeka orientovanú starostlivosť – charakteristiky, ktoré sa spájajú s pozitívnymi výsledkami v oblasti zdravia. V takom systéme je mimoriadne dôležitá štruktúra pracovnej sily, ktorá má byť vytvorená nielen v záujme poskytovania vysokokvalitnej primárnej starostlivosti, ale aj aby sa predchádzalo nadmernému využívaniu nedostatkových ľudských zdrojov a nenáležitému spoliehaniu sa na drahé technológie, pričom jedno aj druhé patrí medzi určujúce faktory nákladov na starostlivosť.

Kapitola 3 objasňuje, prečo rodinní lekári môžu významnou mierou prispieť k infraštruktúre primárnej zdravotnej starostlivosti. Popisujú sa v nej ich atribúty, úloha a povinnosti, ako aj kvalita a nákladová efektívnosť ich práce. Ich spôsobilosti sa rozvíjajú účasťou na dôkladnej príprave zameranej tak, aby zodpovedala potrebám populácie, ktorej lekári budú poskytovať starostlivosť. Ich prínos sa ďalej zvyšuje, keď ich odborná príprava je preniknutá väčším dôrazom na verejné a komunitné zdravie. Špecificky školení rodinní lekári sú pripravení poskytovať na človeka orientovanú starostlivosť komplexným a kontinuálnym spôsobom všetkým pacientom v komunite. Koordinujú starostlivosť medzi poskytovateľmi tak, že prepájajú komunitu s nemocnicami aj s akademickými medicínskymi strediskami. Koordinujú obecných zdravotných pracovníkov s odbornými lekármi a konzultantmi a pacientov usmerňujú v širokej škále dostupných možností. Flexibilita im umožňuje prispôbiť sa a reagovať na konkrétne potreby komunity, ako aj na meniace sa epidemiologické vzorce a na odchýlky v dostupných zdrojoch. Týmto kvalitami rodinní lekári systému primárnej starostlivosti pridávajú hodnotu. Rodinní lekári a podobne orientovaní profesionálni zdravotníci ako sestry a sociálni pracovníci sa navzájom posilňujú.

Rodinní lekári, aby plnili úlohy popísané v **Kapitole 3**, potrebujú prípravu, ktorá im umožní nadobudnúť vedomosti, postoje a zručnosti nevyhnutné na vykonávanie optimálnej praxe v komunite, kde pôsobia. **Kapitola 4** popisuje

nepretržité vzdelávanie, ktoré sa začína štúdiom medicíny, rozširuje sa špecializovanou prípravou a pokračuje procesom kontinuálneho medicínskeho vzdelávania podopretého profesionálnym rozvojom profesorov a školiteľov. Dôraz sa kladie na dôležitosť vzdelávania lekárov v ambulantnom prostredí pri rovnakej akademickej náročnosti, aká bola predtým vyhradená pre nemocničné prostredie. Komunita sa tak stáva klinickým a výskumným laboratóriom. Tieto podmienky si nevyžadujú nevyhnutne nové investície. Existujúce štruktúry sa menšími úpravami obvykle dajú pretransformovať na prostredie vhodné na výučbu, ktorá zodpovedá potrebám školiteľov aj potrebám spoločnosti.

Optimálny výkon praxe si vyžaduje podporné prostredie. **Kapitola 5** uvádza rôzne komponenty tohto prostredia, ktoré rodinní lekári potrebujú, aby čo najefektívnejšie mohli prispievať k činnosti systému zdravotnej starostlivosti v krajine. Vytvorenie takého prostredia si vyžaduje spojené úsilie tvorcov politiky, manažérov v zdravotníctve, profesionálnych zdravotníkov, akademických inštitúcií a predstaviteľov komunít. Rodinné lekárstvo má ideálne predpoklady na posilnenie zdravotných systémov tým, že integruje zdravotné činnosti na úrovni jednotlivcov a komunít. To si však vyžaduje kompetentné vedenie, aktívne úsilie inštitúcií, rozvoj strategickej politiky a potrebné zdroje.

Jedna z veľkých celosvetových výziev, pred ktorými stojí rodinné lekárstvo, je jeho efektívne vykonávanie v početných krajinách s príjmami na nízkej a hornej strednej úrovni. **Kapitola 6** čerpá zo skúseností Brazílie, Číny, Thajska a krajín regiónu východného Stredomoria, uvádza skúsenosti v oblasti rozvoja rodinného lekárstva v týchto krajinách a sumarizuje argumenty, ktoré potvrdzujú potrebu a priechodnosť zavedenia rodinného lekárstva aj v podmienkach krajín so zdrojmi na strednej a nízkej úrovni.

Zdravotná starostlivosť v Afrike, v porovnaní s ostatnými časťami sveta, sa vyznačuje obrovským nepomerom medzi vysokou mierou chorobnosti a nedostatkom zdravotníkov, ktorí by pomáhali znášať bremeno chorobnosti. Rodinné lekárstvo ponúka možnosti, ako riešiť tieto výzvy, a **Kapitola 7** poskytuje prehľad rozvoja rodinného lekárstva v Afrike, uvádza príklady z Južnej Afriky a z krajín východnej a západnej Afriky a spôsoby, ako prekonať problémy pri zavádzaní rodinného lekárstva a ako dosiahnuť výsledky v podobe lepšej primárnej starostlivosti obyvateľom niektorých najchudobnejších krajín sveta.

Napriek obrovským výzvam pri uskutočňovaní očakávaní popísaných v tejto knihe, úsilie zachovať a zlepšovať zdravotný stav a blahobyt ľudí na celom svete prináša nesmierne obohatenie. Dáva podstatný zmysel životu tých, kto-

rí prispievajú k procesu spájania ľudskej rodiny v spoločnom úsilí a zároveň s rešpektovaním dôstojnosti každej osoby. Korene tohto procesu siahajú ďaleko do histórie človeka s jeho odvekou snahou zmierniť utrpenie, ale zároveň sú podopreté prístupmi popísanými na nasledujúcich stranách, ktoré vychádzajú z aktuálneho vývoja, nových epidemiologických výskumov a pribúdajúcich príkladov ich úspešného uplatňovania v rôznych komunitách sveta.

Slovníček

bremeno chorobnosti: miera rozdielu medzi aktuálnym zdravotným stavom a ideálnou situáciou, keď sa každý dožíva vysokého veku, bez chorôb a postihnutia.¹

esenciálna starostlivosť: v zmysle najzákladnejšia, podstatná, kľúčová, hlavná primeraná starostlivosť:

- (i) starostlivosť, ktorá napĺňa potreby celej populácie;
- (ii) starostlivosť, ktorá je efektívna a založená na najlepších dostupných vedeckých dôkazoch;
- (iii) intervencie, ktoré sú bezpečné a nespôsobujú žiadnu ujmu alebo utrpenie; spĺňajú prioritu pridelovania a organizovania zdrojov na základe rovnosti a hospodárnosti.²

komplexnosť starostlivosti: rozsah spektra starostlivosti a rozsah poskytovaných zdrojov zodpovedá v plnej miere škále zdravotných problémov v dotknutej komunite. Komplexnosť starostlivosti zahŕňa podporu zdravia a preventívne opatrenia, ako aj diagnostiku a liečbu vrátane potrebných možností odoslania pacienta a paliatívnu starostlivosť. Zahŕňa aj chronickú alebo dlhodobú starostlivosť v domácom prostredí a v určitých modeloch aj sociálne služby.³

komunitné lekárstvo: špecializácia medicíny, ktorá sa zaoberá zdravím špecifických populácií alebo skupín obyvateľov; zameriava sa viac na zdravie komunity ako jednotlivca; zahŕňa epidemiológiu, skrining, environmentálne zdravie a zameriava sa na podporu zdravia, prevenciu ochorení a postihnutí a na rehabilitáciu – a robí to prostredníctvom kolektívnych spoločenských činností a opatrení, ktoré často zabezpečuje štát alebo miestne úrady zdravia.

kontinuita starostlivosti: pojem na označenie jedného alebo viacerých nasledujúcich atribútov starostlivosti: (i) poskytovanie služieb, ktoré sú koordinované na všetkých úrovniach starostlivosti – v rámci primárnej starostlivosti a v ústavných zariadeniach, naprieč prostrediami a poskytovateľmi; (ii) poskytovanie starostlivosti počas celého životného cyklu; (iii) starostlivosť, ktorá neprerušene pokračuje, kým sa nevyrieši epizóda ochorenia alebo riziko vzniku ochorenia; (iv) úroveň, v ktorej majú pacienti skúsenosť vnímať oddelené udalosti zdravotnej starostlivosti ako celok koherentných a vzájomne previazaných zmien v čase, čo je v súlade s ich potrebami a preferenciami v oblasti zdravia.⁵

manažment ochorenia: koordinovaný systém vedomostí a intervencií dotýkajúci sa populácie, ktorá trpí daným ochorením. Je dôležitý pre úspešnú liečbu a kontrolu ochorenia. Je zameraný na pacientov s konkrétnymi diagnózami; na ochorenia s vysokou prevalenciou, alebo na tie, ktoré si vyžadujú intenzívnu alebo nákladnú starostlivosť, alebo s vysokými nákladmi na lieky; a zameriava sa aj na jednotlivé úkony, ktorých výsledky sa dajú merať a pre ktoré boli popísané významné odchýlky v klinickej praxi.⁵

nerovnosť v oblasti zdravia (inequality): je všeobecný pojem na označenie rozdielov, odchýlok a nerovností v dosiahnutom zdraví jednotlivcov a skupín. Nerovnosť v oblasti zdravia je popisný termín, pri ktorom treba uplatniť morálny úsudok. Je to dimenzionálny koncept, vychádzajúci z merateľných hodnôt,⁶ rozdielov v zdravotnom stave alebo v rozložení determinantov zdravia medzi rôznymi skupinami tej istej populácie. Určité nerovnosti v oblasti zdravia sa dajú pripísať biologickým odchýlkam alebo slobodnej voľbe a iné sa dajú pripísať externému prostrediu a podmienkam, najmä tým, ktoré dotknutý jednotlivec nemá pod kontrolou.⁷

nespravodlivosť v oblasti zdravia (inequity): vzťahuje sa na tie nerovnosti v oblasti zdravia, ktoré sa považujú za nespravodlivé alebo vznikajú z nejakej formy nespravodlivosti. Určenie nespravodlivosti si vyžaduje normatívny úsudok vychádzajúci zo (i) subjektívnych teórií spravodlivosti; (ii) subjektívnych teórií o spoločnosti; a (iii) subjektívneho zdôvodnenia vzniku nerovností v oblasti zdravia. Je to politický koncept vyjadrujúci morálny záväzok sociálnej spravodlivosti.⁶

prax rodinného lekárstva: služby zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú rodinní lekári; charakterizujú ju komplexné, kontinuálne, koordinované, spolupracujúce, na osobu, rodinu a komunitu orientované služby; komplexná lekárska starostlivosť s osobitným dôrazom na rodinnú jednotku; v niektorých krajinách označovaná ako **prax všeobecného praktického lekárstva**.

prax všeobecného praktického lekárstva: pozri prax rodinného lekárstva.

primárna starostlivosť: pojem sa často používa ako synonymum k označeniu prvej úrovne zdravotného systému, t. j. primárneho zdravotného systému. Predstavuje (i) časť systému zdravotných služieb, ktorá zabezpečuje na osobu zameranú starostlivosť v priebehu času a pre definovanú populáciu. Zabezpečuje dostupnosť na umožnenie poskytnutia starostlivosti v tom mieste a čase, keď je prvýkrát potrebná, a zabezpečuje komplexnosť starostlivosti v tom zmysle, že len zriedkavé alebo neobvyklé prejavy chorobných stavov sa odosielajú ďalej, pričom zabezpečuje koordináciu starostlivosti tak, aby všetky formy starostlivosti

(kdekoľvek poskytnuté) boli integrované. Znaky kvality primárnej starostlivosti zahŕňajú efektívnosť, bezpečnosť, sústredenie na ľudí, komplexnosť, kontinuitu a integráciu.^{3, 8} (ii) Poskytovanie integrovaných, dostupných služieb zdravotnej starostlivosti klinikmi, ktorí sú zodpovední za riešenie prevažnej väčšiny potrieb osobnej zdravotnej starostlivosti, rozvíjanie trvalého partnerského vzťahu s pacientmi a vykonávanie praxe v kontexte rodiny a komunity.⁹ Prax rodinného lekárstva je komponent primárnej starostlivosti.

primárna zdravotná starostlivosť: hnutie za zdravotnú reformu, ktoré začalo pôsobiť v r. 1978 v Alma-Ate s cieľom dosiahnuť zdravie pre všetkých. (i) Rok 1978: esenciálna zdravotná starostlivosť založená na praktických, vedecky korektných a spoločensky prijateľných metódach a technológiách, všeobecne sprístupnená jednotlivcom a rodinám v komunite prostredníctvom ich plnej spoluúčasti a pri nákladoch, ktoré si komunita a krajina môže dovoliť zachovávať na každom stupni rozvoja v duchu sebestačnosti a sebaurčenia. Je súčasťou zdravotného systému krajiny, v ktorom má ústrednú funkciu ako jeho ťažisko, ale to platí aj pre celkový sociálnoekonomický rozvoj komunity.¹⁰ (ii) 1980-te roky: súbor činností načrtnutých v Deklarácii z Alma-Aty: vzdelávanie zamerané na prevažujúce zdravotné problémy a na metódy predchádzania a boja proti týmto chorobám; podpora zabezpečenia potravy a vhodnej výživy; adekvátne zásobovanie bezpečnou vodou a dodržiavanie základnej hygieny; starostlivosť o dieťa a matku, vrátane plánovaného rodičovstva; očkovanie proti najvýznamnejším infekčným chorobám; prevencia a boj proti miestnym endemickým chorobám; náležitá liečba bežných ochorení a zranení; poskytovanie esenciálnych liekov. (iii) 1990-te roky: úroveň starostlivosti, ktorá je vstupným miestom do systému zdravotných služieb (pozri primárna starostlivosť). (iv) 2008: súbor politickej orientácie a reforiem potrebných na dosiahnutie pokroku pri napĺňaní cieľa „Zdravie pre všetkých“: smerovanie k všeobecnej zdravotnej starostlivosti; posun poskytovania služieb k primárnej starostlivosti sústredenej na ľudí; zahrnutie zdravia do každej politiky; podpora inkluzívneho líderstva a správcovstva.³ Pozri Reformy primárnej zdravotnej starostlivosti.

prvá úroveň starostlivosti: vstupné miesto do systému zdravotnej starostlivosti, prepojenie medzi službami a komunitou. Prvá úroveň starostlivosti, ktorá spĺňa určité kvalitatívne kritériá, sa nazýva primárna starostlivosť. Pozri primárna starostlivosť.

reformy primárnej zdravotnej starostlivosti: reformy politiky musia smerovať k zdraviu pre všetkých: smerovanie k všeobecnej zdravotnej starostlivosti, aby

prispelo k spravodlivosti v oblasti zdravia, sociálnej spravodlivosti a ukončilo vylúčenie; posun poskytovania služieb smerom k primárnej starostlivosti sústredenej na ľudí; formovať zdravotné služby, aby boli sociálne viac relevantné a reagovali na meniaci sa svet a pritom prinášali lepšie výsledky; zabezpečiť zahrnutie zdravia do každej politiky s cieľom zlepšiť zdravie komúnit integrovaním verejných opatrení a činností s primárnou starostlivosťou a presadzovaním zdravých verejných politík naprieč sektormi; podporovať inkluzívne vodcovstvo a správcovstvo, nahradiť neprimerané spoliehanie sa na príkazy a riadenie alebo na úplné absentovanie úlohy štátu, presadzovať participatívne vodcovstvo založené na rokovaní.³

rodinné lekárstvo: špecializácia v lekárstve zaoberajúca sa poskytovaním komplexnej starostlivosti jednotlivým osobám a rodinám, ktorá integruje biomedicínske, behaviorálne a spoločenské vedy; akademická lekárska špecializácia zahŕňajúca služby komplexnej zdravotnej starostlivosti, vzdelávanie a výskum; v niektorých krajinách známa ako všeobecné praktické lekárstvo.

rodinný doktor: pozri rodinný lekár.

rodinný lekár: lekár špecialista vyškolený na poskytovanie služieb zdravotnej starostlivosti všetkým osobám, bez ohľadu na vek, pohlavie alebo typ ich zdravotného problému; poskytuje primárnu a kontinuálnu starostlivosť celým rodinám v rámci ich komúnit; rieši fyzické, psychické a sociálne problémy; koordinuje služby komplexnej zdravotnej starostlivosti s ďalšími špecialistami podľa potreby; v niektorých krajinách sa môže nazývať rodinný doktor, všeobecný praktický lekár alebo všeobecný praktik.

služby verejného zdravotníctva: zdravotné služby zacielené na populáciu ako celok. Sem patria analýza zdravotnej situácie, zdravotný dohľad, podpora zdravia, preventívna činnosť, boj proti infekčným chorobám, ochrana a hygiena životného prostredia, príprava a reakcia na katastrofy, pracovné zdravotníctvo a ďalšie.¹⁷

sociálne determinanty zdravia: podmienky, v ktorých sa ľudia rodia, v ktorých vyrastajú, žijú, pracujú a starnú, vrátane zdravotných systémov. Tieto podmienky sú ovplyvnené rozdelením peňazí, moci a zdrojov na svetovej, národnej a miestnej úrovni. Sociálne determinanty zdravia sú vo veľkej miere zodpovedné za nespravodlivosť v oblasti zdravia – nespravodlivé a odstrániteľné rozdiely v stave zdravia, ktoré sú prítomné v rámci krajín a medzi krajinami.¹²

starostlivosť sústredená na ľudí: starostlivosť zameraná a organizovaná na základe zdravotných potrieb a očakávaní ľudí a komúnit, a to komplexne, nie iba na základe jednotlivých chorôb, diagnóz. Starostlivosť sústredená na ľudí rozširuje

koncept starostlivosti sústredenej na pacienta ako na celok ďalej, na rodiny, komunitu a spoločnosť. Zatiaľ čo **starostlivosť sústredená na pacienta** sa bežne chápe ako starostlivosť zameraná na jednotlivca ako na celok, ktorý sa uchádza o starostlivosť, **starostlivosť sústredená na ľudí** zahŕňa tieto klinické stretnutia, ale ďalej zahŕňa aj pozornosť venovanú zdraviu ľudí v ich komunitách a ich kľúčovej úlohe pri formovaní zdravotnej politiky a zdravotníctva.¹³

úrovne zdravotného systému: funkčné poschodia zdravotného systému, ktoré sa zameriavajú na poskytovanie starostlivosti konkrétnym skupinám; primárna alebo komunitná úroveň (primárny zdravotný systém, primárna starostlivosť) poskytuje esenciálne služby na miestnej úrovni; sekundárna úroveň poskytuje vybrané služby, obvykle prostredníctvom konzultantov alebo lekárov špecialistov; terciárna úroveň poskytuje služby, ktoré potrebuje menšia podskupina populácie, obvykle v nemocniciach, a často si vyžaduje sofistikované technológie; kvartérna úroveň sa niekedy využíva ako rozšírenie terciárnej starostlivosti v súvislosti s medicínou na vysokej úrovni, ktorá je vysoko špecializovaná a nie široko využívaná.

verejné zdravotníctvo: organizované úsilie spoločnosti, predovšetkým prostredníctvom jej verejných inštitúcií, zamerané na zlepšenie, podporu, ochranu a obnovu zdravia obyvateľov prostredníctvom kolektívnych opatrení. Zahŕňa služby ako analýzy zdravotnej situácie, zdravotný dohľad, podpora zdravia, prevencia, boj proti infekčným chorobám, ochrana a hygiena životného prostredia, pripravenosť a reakcia na katastrofy a krízové zdravotné situácie, pracovné zdravotníctvo a ďalšie.¹¹

všeobecná starostlivosť alebo všeobecná zdravotná starostlivosť: zabezpečuje, že všetci ľudia môžu využívať podporné, preventívne, liečebné a rehabilitačné zdravotné služby, ktoré potrebujú, v dostatočnej kvalite, aby boli efektívne, a zároveň zabezpečuje, že využívanie týchto služieb ich užívateľa nevystavuje finančným ťažkostiam.¹⁴

všeobecný praktický lekár, všeobecný praktik: pozri rodinný lekár, rodinný doktor.

všeobecný lekár: rodinní lekári sa líšia od všeobecných lekárov (general doctors), ktorí môžu v komunite pôsobiť po ukončení štúdia medicíny bez ďalšieho špecializovaného výcviku.

zameranie na osobu: zdravotné služby zacielené na jednotlivca. Tieto služby zahŕňajú okrem iného podporu zdravia, včasnú prevenciu ochorení, diagnostiku a liečbu, rehabilitáciu, paliatívnu starostlivosť, akútnu starostlivosť a služby dlhodobej starostlivosti.¹⁵

zdravie: stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, a nie len absencia ochorenia alebo nevládnosti.¹⁶

zdravotníctvo: systém služieb, akýchkoľvek (t. j. vyhradených nielen pre lekárske alebo klinické služby), zacielených na to, aby prispeli k zlepšeniu zdravia alebo k stanoveniu diagnózy, k liečbe a rehabilitácii chorých osôb.¹⁷

zdravotný systém: (i) všetky činnosti, ktorých primárny účel je podpora, obnova a/alebo uchovanie zdravia;³ (ii) ľudia, inštitúcie a zdroje, sústredené v súlade so stanovenou politikou, na zlepšenie zdravia populácie, ktorej slúžia, pričom odpovedajú na legitímne očakávania ľudí a chránia ich pred nákladmi zlého zdravotného stavu prostredníctvom rôznych činností, ktorých primárnym úmyslom je zlepšiť stav zdravia;¹⁸ (iii) súhrn všetkých verejných a súkromných organizácií, inštitúcií a zdrojov určených na zlepšovanie, uchovávanie alebo obnovenie zdravia. Zdravotné systémy zahŕňajú služby jednotlivým osobám aj populáciám, ako aj činnosti na ovplyvnenie politiky a aktivít ďalších sektorov na riešenie sociálnych, environmentálnych a ekonomických determinantov zdravia.¹⁹

zdravotný systém založený na primárnej zdravotnej starostlivosti: zdravotný systém organizovaný a prevádzkovaný tak, aby sa právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia stalo hlavným cieľom a zároveň aby sa maximalizovala spravodlivosť a solidarita. Zdravotný systém postavený na primárnej zdravotnej starostlivosti obsahuje základné jadro štrukturálnych a funkčných prvkov, ktoré garantujú všeobecnú starostlivosť a dostupnosť služieb, ktoré sú prijateľné pre populáciu a podporujú spravodlivosť. Poskytuje komplexnú integrovanú a náležitú starostlivosť v priebehu času, kladie dôraz na prevenciu, podporu a primárnu starostlivosť prvého kontaktu, ako aj na prierezové činnosti a opatrenia na riešenie ďalších determinantov zdravia a spravodlivosti.²

ODKAZY

1. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008. Available at: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
2. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: La Organización Panamericana de la Salud, 2007.
3. The World Health Report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008. Available at: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

4. Modified from Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2003; **327**: 1219–21.
5. Modified from Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001; **79**: 755–63.
6. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002; **56**: 647–52. Available at: jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf
7. Reference – Health Impact Assessment. World Health Organization [online glossary]. www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html
8. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001; **55**: 452–4.
9. Institute of Medicine. *Primary Care: America's health in a new era*. Washington DC: National Academy Press, 1996.
10. Declaration of Alma-Ata. Available at: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
11. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
12. World Health Organization. *Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization, 2013. Available at: www.who.int/social_determinants/en/
13. *People Centred Care in Low- and Middle-Income Countries – meeting report*. Geneva: World Health Organization, 2010.
14. World Health Organization. *Health Financing for Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization, 2013. Available at: www.who.int/health_financing
15. Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas, lineamientos metodológicos. Edición especial No. 9. Washington DC: La Organización Panamericana de la Salud, 2006.
16. World Health Organization (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June–2 July 1946; signed on July 22, 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no.2, p. 100) and entered into force on April 7, 1948.
17. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. Available at: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/102173/E69927.pdf

18. WHO Terminology Informational System [online glossary]. Available at: www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm
19. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: “Health Systems, Health and Wealth”, Tallinn, Estonia, June 25–27, 2008. Available at: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf

Zoznam autorov

EDITOR

Michael Kidd je rodinný lekár, prezident Svetovej organizácie praktických a rodinných lekárov (WONCA) a bývalý prezident Royal Australian College of General Practitioners. Pôsobil ako profesor všeobecného lekárstva na University of Sydney a v súčasnosti je dekanom Faculty of Health Sciences na Flinders University v **Austrálii**.

HLAVNÍ AUTORI KAPITOL

Jan De Maeseneer je vedúci Katedry rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti a prodekan pre strategické plánovanie na fakulte medicíny a zdravotných vied na univerzite v Ghente v **Belgicku**. Je predsedom European Forum for Primary Care a generálnym tajomníkom Network: Towards Unity for Health. Od r. 1997 propaguje a podporuje projekty rozvoja rodinného lekárstva v Afrike.

Cynthia Haq je rodinná lekárka, zakladajúca riaditeľka University of Wisconsin-Madison Center for Global Health v **USA** a riaditeľka Training in Urban Medicine and Public Health. Svoju kariéru zamerala na vzdelávanie pre primárnu zdravotnú starostlivosť a podporuje programy rodinného lekárstva v Pakistane, Ugande a Etiópii.

Jeff Markuns je výkonný riaditeľ Boston University Family Medicine Global Health Collaborative. Je bývalý riaditeľ rezidenčného programu asistentov rodinného lekárstva na Boston University v **USA**, absolvoval program medicínskeho vzdelávania a pôsobí ako vedúci medzinárodných technických konzultácií pre oblasť rozvoja rodinného lekárstva so zameraním najmä na juhovýchodnú Áziu.

Hernan Montenegro je poradca pre oblasť zdravotných systémov v Svetovej zdravotníckej organizácii v Ženeve, Švajčiarsku. Štúdium medicíny absolvoval na Univerzite v **Čile** a magisterský titul v odbore verejné zdravotníctvo získal na University of Johns Hopkins. Pracoval aj na Ministerstve zdravotníctva Čile a pre Svetovú banku.

Waris Qidwai je profesor a predseda Katedry rodinného lekárstva na univerzite Aga Khan v Karáči, v **Pakistane**. Mal dôležitú úlohu pri rozvíjaní a podpore rodinného lekárstva v regióne južnej Ázie a je predseda Pracovnej skupiny WONCA pre výskum.

Igor Svab je rodinný lekár, výskumník v oblasti primárnej starostlivosti a profesor rodinného lekárstva na Lekárskej fakulte Univerzity v Ľubľane, v **Slovinsku** a bývalý prezident WONCA v Európe.

Wim Van Lerberghe je bývalý riaditeľ odboru pre politiku zdravotných systémov a pracovné sily v sídle Svetovej zdravotníckej organizácie. Je lekár a má magisterský a doktorský titul vo verejnom zdravotníctve. Pracoval v Mozambiku, Zaire (teraz Demokratická republika Kongo), Džibuti, Maroku, Tanzánii a Thajsku. Pôsobil ako profesor zdravotnej politiky na Ústave tropického lekárstva v Antverpách, v **Belgicku**.

Tiago Villanueva pôsobí ako všeobecný lekár v širšom okolí Lisabonu v **Portugalsku** a ako samostatný spravodajca pre odbornú lekársku tlač. Je bývalý člen British Medical Journal Clegg, redaktor *Student BMJ* a redaktor Harvard Medical School – Portugal Health Information Program.

SPOLUAUTORI

Guo Aimin je prodekanka Školy verejného zdravotníctva a rodinného lekárstva na Capital Medical University v **Číne**. Je námestníčka riaditeľa Školiaceho strediska všeobecného praktického lekárstva pri Ministerstve zdravotníctva Číny. Od r. 2000 pôsobí ako profesorka a výskumníčka všeobecného lekárstva.

Samia Almusallam je školiteľka rodinného lekárstva a riaditeľka rezidenčného programu rodinného lekárstva na Kuvajtskom ústave pre lekárske špecializácie. Je aktívna v oblasti rozvoja a podpory rodinného lekárstva v **Kuvajte** a v regióne Blízkeho Východu.

Liliana Arias-Castillo je rodinná lekárka, profesorka a vedúca Katedry rodinného lekárstva na Universidad del Valle v Cali v **Kolumbii**. Bola prezidentkou WONCA regiónu Latinskej Ameriky.

Bruce Arroll je absolvent University of Auckland a pôsobil na McMaster University v **Kanade**. Bol zapojený do Cochrane reviews a je súčasťou Cochrane Primary Care Field, ktorí vypracovali PEARLs (Practical Evidence About Real Life Situations). Pôsobí v klinickej praxi v South Auckland.

Mohammad Assai je regionálny poradca pre oblasť primárnej a komunitnej zdravotnej starostlivosti v kancelárii WHO regiónu východného Stredomoria. Pôsobil ako generálny riaditeľ odboru primárnej zdravotnej starostlivosti na Ministerstve zdravotníctva **Iránu** a je zástupca Svetovej zdravotníckej organizácie v Pakistane.

Olayinka O Ayankogbe je profesor rodinného lekárstva a vedúci Útvaru rodinného lekárstva Katedry komunitného zdravotníctva a primárnej starostlivosti na Univerzite v Lagose v **Nigérii**. Je konzultant a má na starosti Útvar rodinného lekárstva v Univerzitnej nemocnici v Lagose.

Charles Boelen je medzinárodný konzultant pre oblasť zdravotných systémov a ich pracovníkov. Pôsobil 30 rokov vo **WHO** a ako koordinátor programu ľudských zdrojov pre zdravotníctvo. Je spolupredseda Globálneho konsenzu pre spoločensky zodpovedné pôsobenie škôl medicíny.

Chen Bowen je viceprezident Hlavného ústavu pediatrie a podpredseda a generálny tajomník Združenia komunitného zdravotníctva Číny. Od r. 1997 podporuje budovanie čínskych komunitných zdravotných služieb. V r. 2012 získal ocenenie zdravotného fondu Spojených arabských emirátov.

Luís Filipe Cavadas je všeobecný praktický lekár v Lagoa jednotke rodinného zdravotníctva v Matosinhos v **Portugalsku**. Je školiteľ medikov a školiteľov v oblasti všeobecného lekárstva, pracuje vo výskumnej skupine Senhora da Hora a bol redaktorom časopisu *Portuguese Journal of General Practice*.

William E Cayley Jr je profesor na University Of Wisconsin Department of Family Medicine, **USA**. Je člen WONCA, Society of Teachers of Family Medicine a Christian Medical and Dental Association. Je redaktor recenzií publikácií pre časopis *Family Medicine* a redaktor Cochrane Heart Group.

Yin Delu je docent na Hlavnom ústave pediatrie. Je riaditeľ Odboru konzultácií v oblasti manažmentu Združenia komunitného zdravotníctva **Číny**. Väčšinu činností zameriava na výskum komunitnej zdravotnej služby v Číne.

Marcelo Marcos Piva Demarzo je rodinný lekár a docent Útvaru rodinného lekárstva Katedry preventívneho lekárstva v Escola Paulista de Medicina na Universidade Federal de São Paulo v **Brazílii**. Je členom programu International Primary Care Research Leadership Program University of Oxford.

Nandani de Silva je emeritná profesorka rodinného lekárstva na University of Kelaniya, predsedníčka študijnej rady na College of General Practitioners of **Sri Lanka**. Je členkou Rady WONCA, členkou výboru pre nominácie a ocenenia, pracovnej skupiny pre vzdelávanie a pracovnej skupiny pre medicínu žien a rodín.

Akye Essuman prednáša a je úradujúci vedúci Útvaru rodinného lekárstva na Katedre komunitného zdravotníctva na University of Ghana Medical School. Je prvým absolventom odboru rodinného lekárstva v **Ghane** a pracuje ako vedúci odborník a rodinný lekár v univerzitnej nemocnici Korle-Bu v Akre.

Maaïke Flinkenflögel je **holandská** lekárka, ktorá niekoľko rokov pôsobila ako pedagogička a podieľala sa na rozvoji vzdelávania v rodinnom lekárstve v Afrike. Z Ghentskej univerzity v Belgicku podporovala vznik siete Primafamed a teraz pôsobí ako docentka na Katedre rodinného lekárstva a komunitného zdravotníctva na National University of Rwanda.

Juan Gervas je všeobecný lekár na dôchodku, ktorý pracoval v mestských aj vidieckych oblastiach v rámci španielskeho zdravotného systému. Venuje sa výskumu primárnej starostlivosti a vedie multi-profesijný výskum, štúdium a výučbu v skupine pre primárnu starostlivosť a všeobecné lekárstvo (CESCA). Je profesor verejného zdravotníctva na Autonómnej univerzite v Madride a profesor medzinárodného zdravotníctva na Národnej škole verejného zdravotníctva v Madride.

Felicity Goodyear-Smith je profesorka všeobecného praktického lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti na University of Auckland na **Novom Zélande** a má za sebou bohatú výskumnú činnosť v oblasti spolupráce medzi disciplínami a sektormi na rôzne témy primárnej zdravotnej starostlivosti. Je zakladajúcou re-

daktorkou *Royal New Zealand College of General Practitioners Journal of Primary Health Care*.

Kim Griswold je členka profesorského zboru Katedry rodinného lekárstva na University at Buffalo, State University of New York, **USA** a má na starosti výučbu študentov medicíny a ošetrovateľstva, ako aj rezidentov v praxi rodinného lekárstva. Poskytuje klinickú starostlivosť obyvateľom mesta Buffalo, ktorí nemajú dostatočný prístup k službám, ako aj početným utečencom a imigrantom.

Gustavo Gusso je bývalý prezident Brazílskej spoločnosti rodinného a komunitného lekárstva a profesor všeobecného lekárstva na Univerzite São Paulo, **Brazília**. Je člen pracovnej skupiny WONCA pre výskum a prispieva k rozsiahlemu rozvoju a podpore rodinného lekárstva v Južnej Amerike, najmä v Brazílii.

Iona Heath je medzinárodne známou osobnosťou v rodinnom lekárstve, pôsobila ako všeobecná lekárka v Kentish Town v Londýne. Je bývalá prezidentka Royal College of General Practitioners v **Spojenom kráľovstve** a bola členka exekutívy WONCA a styčná dôstojníčka WONCA pre Svetovú zdravotnícku organizáciu.

Ilse Hellemann-Geschwinder je rodinná lekárka a prednáša na Lekárskej univerzite v Grazi, v **Rakúsku**. Bola členkou Svetového výkonného výboru WONCA ako styčná dôstojníčka WONCA pre Svetovú zdravotnícku organizáciu a teraz je v rade Európskej spoločnosti všeobecného praktického/rodinného lekárstva a Európskej akadémie učiteľov všeobecného praktického/rodinného lekárstva.

Mary K Hunt má 30-ročnú kariéru v komunitnom výskume na školách verejného zdravotníctva v Minnesote, v Bostone a v **United States** Centers for Disease Control and Prevention. V zahraničí pôsobila v Bahrajne a Ugande so zameraním na výživu a integráciu primárnej zdravotnej starostlivosti a rodinného lekárstva s verejným zdravotníctvom.

Vincent Hunt je pôvodne vidiecky rodinný lekár, riaditeľ rezidenčného programu a vedúci Katedry rodinného lekárstva na Brown University v **USA**. Bol konzultantom v programoch rodinného lekárstva v USA a ďalších krajinách sveta, aktuálne pôsobí ako projektový manažér iniciatívy WONCA pre východnú Afriku.

Victor Inem je docent komunitného zdravotníctva a primárnej starostlivosti na Lekárskej fakulte Univerzity v Lagose v **Nigérii**. Je aktívny člen federácie sietí International Federation of Primary Care Research Networks a prispieva k rozvoju a podpore rodinného lekárstva v Afrike a predovšetkým v Nigérii.

Janko Kersnik je vidiecky rodinný lekár, vedúci Katedry rodinného lekárstva na Univerzite v Maribore a vedúci výskumu na Katedre rodinného lekárstva na Univerzite v Lublane, **Slovinsko**. Je prezidentom Slovenskej spoločnosti rodinného lekárstva a prezidentom Asociácie učiteľov rodinného lekárstva (EURACT).

Tawfik Khoja je konzultant pre rodinné lekárstvo v **Saudskej Arábii** a súčasný riaditeľ výkonného výboru Rady ministrov zdravotníctva pre spoluprácu. Plní kľúčovú úlohu ako výskumník a autor v rodinnom lekárstve a pri rozvoji a podpore rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria.

Meng-Chih Lee je superintendant nemocnice Taichung na Taiwane a externý hlavný výskumník na ústave Institute of Population Health Sciences a ústavoch National Health Research Institutes na **Taiwane**. Je prezident of Taiwan Medical Alliance for Control of Tobacco.

Mart Leys je technická pracovníčka Svetovej zdravotníckej organizácie v Ženeve, Švajčiarsku. Absolvovala štúdium politických vied na Univerzite v Ghente a získala európsky magisterský titul v medzinárodnej humanitárnej činnosti. Pôvodne pôsobila vo Fonde pre rozvoj a spoluprácu v Bruseli, **Belgicku** a na Univerzite v Antverpách.

Donald Li je odborník na rodinné lekárstvo v súkromnej sfére a bývalý prezident WONCA v regióne Ázijského Tichomoria. Je prezident Hong Kongskej lekárskej akadémie, cenzor na **Hong Kong College of Family Physicians** a poradca Čínskej spoločnosti všeobecného lekárstva a Čínskej lekárskej spoločnosti.

Lawrence Loh je rodinný lekár, lekár verejného zdravotníctva a pôsobí ako lekárske odborník v **kanadskej** agentúre Public Health Agency of Canada. Štúdium medicíny absolvoval na University of Western Ontario, rezidentský program absolvoval na University of Toronto a magisterský titul vo verejnom zdravotníctve získal na Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Inderjit Singh Ludher je rodinný lekár, bývalý prezident Akadémie rodinných lekárov **Malajzie** a bývalý predseda akademických programov akadémie. Vykonáva vzdelávaciu činnosť v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti v Kambodži a v Baha'i Community in Social Action, buduje kapacity pre obyvateľov v núdzi v rozvíjajúcich sa krajinách.

Roar Maagaard má špecializáciu v odbore všeobecné/rodinné lekárstvo a pôsobí pri Aarhus v **Dánsku**. Je docent na Univerzite Aarhus a má na starosti odbornú prípravu v špecializácii všeobecné lekárstvo. Bol prezident Dánskeho kolégia všeobecných praktických lekárov a je čestný tajomník Európskej asociácie učiteľov rodinného lekárstva.

Bob Mash je vedúci Divízie rodinného lekárstva a primárnej starostlivosti na Stellenbosch University v **Južnej Afrike** a editor časopisu *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. Aktívne podporuje rozvoj rodinného lekárstva v Južnej Afrike, Botswane, Zimbabwe, Namíbii, Malawi, Tanzánii, Keni, Ugande a Ghane.

Claunara Schilling Mendonça je profesorka rodinného lekárstva na Federálnej univerzite Rio Grande do Sul v **Brazílii** a manažérka komunitných zdravotných služieb v Porto Alegre. Má magisterský titul v epidemiológii a pôvodne pracovala na brazílskom ministerstve zdravotníctva ako rodinná lekárka a riaditeľka Odboru primárnej zdravotnej starostlivosti.

Khaya Mfenyana je rodinný lekár, bývalý prezident WONCA v regióne Afriky a bývalý viceprezident Juhoafrickej akadémie rodinného lekárstva/primárnej starostlivosti. Je dekan Fakulty medicínskych vied na Walter Sisulu University v **Južnej Afrike** a predseda Výboru dekanov lekárskech fakúlt Južnej Afriky.

Daniel Ostergaard je rodinný lekár a bývalý prezident WONCA v regióne **Severnej Ameriky**. Je viceprezident Americkej akadémie rodinných lekárov a má na starosti medzinárodné a medziprofesijné aktivity, ako aj vzdelávanie a zdravie verejnosti.

Luisa Pettigrew je rodinná lekárka so zameraním na zdravotné systémy a vzdelávanie v oblasti svetového zdravia. Pomáha pripravovať medzinárodné výmenné programy študentov medicíny a školencov rodinného lekárstva v Európe. Má ma-

gisterský titul v zdravotnej politike, plánovaní a financovaní, pracovala na odbore financovania zdravotných systémov Svetovej zdravotníckej organizácie a je členka medzinárodného výboru Royal College of General Practitioners v **Spojenom kráľovstve**.

Lesley Pocock je odborníčka na stratégiu postgraduálneho vzdelávania vo svete, pracuje s mimovládnyimi organizáciami a jednotlivými krajinami. Je akreditovaná poskytovateľka kontinuálneho profesionálneho rozvoja pre rodinných lekárov a vydavateľka viacerých medzinárodných a regionálnych lekárskejších časopisov vrátane *Middle East Journal of Family Medicine*.

Yongyuth Pongsupap je vedúci odborník na Úrade národného zdravotného zabezpečenia v **Thajsku**. Venuje sa rozširovaniu modelov praxe rodinného lekárstva v krajine a pôvodne pracoval ako rodinný lekár v prvom demonštračnom zdravotnom stredisku s novým prístupom ku kvalite primárnej zdravotnej starostlivosti v Thajsku.

Dheepa Rajanj je technická pracovníčka Svetovej zdravotníckej organizácie v Ženeve. Lekársky titul získala na nemeckej Univerzite v Göttingene a pôvodne pracovala v Bazileji, na Švajčiarskom ústave tropického a verejného zdravotníctva a v nadácii Real Medicine Foundation v Jhabua a Bangalore v **Indii**.

Steve Reid je rodinný lekár s bohatými skúsenosťami v klinickej praxi, vo výučbe a výskume v oblasti zdravia vidieckeho obyvateľstva v **Južnej Afrike**. Pôsobil ako lekár, manažér a výskumník na vidieku a je predseda Glaxo-Wellcome pre primárnu zdravotnú starostlivosť na University of Cape Town v Južnej Afrike.

Marc Rivo je rodinný lekár, starší viceprezident pre manažovanú starostlivosť a zdravie obyvateľov v Health Choice Network, hlavný zdravotník v Prestige Health Choice. Je bývalý riaditeľ divízie medicíny na ministerstve zdravotníctva v **USA** a bývalý redaktor *WONCA News*.

Edward Shahady je klinický profesor rodinného lekárstva a bývalý prezident Society of Teachers of Family Medicine v **USA**. Navštívil viaceré krajiny a učil v nich, v súčasnosti vedie Diabetes Collaborative na Floride.

Hassan Salah je technický pracovník regionální kancelárie **WHO** pro region východního Stredomia. Má více ako 20 rokov medzinárodnej praxe v spravovaní, súkromnom sektore, zdravotnej politike, strategickom plánovaní a integrovaných okresných systémoch založených na praxi rodinného lekárstva.

Sameen Siddiqi je riaditeľ Odboru rozvoja zdravotných systémov v kancelárii **WHO** pre región východného Stredomia. Je lekár s magisterským a doktorským titulom vo verejnom zdravotníctve a pracoval v oblasti zdravotnej politiky, spravovania a poskytovania služieb pre Svetovú banku, Nemeckú agentúru technického rozvoja a Ministerstvo zdravotníctva v Pakistane.

Jinan Usta je docentka klinického lekárstva na Katedre rodinného lekárstva na American University of Beirut v **Libanone**. Je bývalá prezidentka Libanonskej spoločnosti rodinného lekárstva a pracuje aj ako konzultantka pre Svetovú zdravotnícku organizáciu, OXFAM a záchranárske organizácie.

Allyn Walsh je profesorka na Katedre rodinného lekárstva na McMaster University, v **Kanade** a predsedníčka Pracovnej skupiny pre vzdelávanie WONCA. Na McMaster má viaceré vzdelávacie portfóliá vrátane funkcie riaditeľky postgraduálnych programov rodinného lekárstva, je prodekanka pre rozvoj profesorského zboru a najnovšie predsedníčka študentských záležitostí.

Alex Warner je rodinný lekár v Londýne a člen praktického výskumu na National Institute for Health in the Department of Primary Care and Population Health na University College London v **Spojenom kráľovstve**. Jeho záujem sa sústreďuje na duševné zdravie v primárnej starostlivosti, nerovnosti v oblasti zdravia, organizáciu a poskytovanie primárnej starostlivosti.

Preethi Wijegoonewardene je rodinný lekár, bývalý prezident College of General Practitioners of **Sri Lanka**, bývalý prezident Sri Lanka Medical Association a bývalý prezident WONCA, juhoázijský región. Je externý lektor rodinného lekárstva na inštitúte Postgraduate Institute of Medicine at Colombo University na Srí Lanke.

Dong Yanmin je predsedníčka Združenia komunitného zdravotníctva mesta Tianjin v **Číne**, pôvodne pracovala ako riaditeľka Úradu zdravotníctva v Tianjin. Dlhé roky sa angažuje vo všeobecnej praxi a riadení komunitného zdravotníctva a v sú-

časnosti pracuje ako konzultantka pre Čínske združenie všeobecných lekárov a ako rodinná lekárka.

Yun Yu je technická pracovníčka Svetovej zdravotníckej organizácie v Ženeve, (WHO). Je lekárka a magisterský titul vo verejnom zdravotníctve získala na University of Cambridge. Pôvodne pracovala v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia na úrade Shanghai Municipal Health Bureau.

KAPITOLA 1

Napĺňanie potrieb v oblasti ľudskeho zdravia

Napriek pozoruhodnému pokroku v oblasti medicínskej vedy a techniky viac ako miliarda obyvateľov sveta nemá prístup k základnej zdravotnej starostlivosti.¹⁻⁴

Viac ako jednu osobu zo siedmich každý deň ohrozuje predčasná chorobnosť a úmrtnosť v dôsledku ochorení, ktoré by sa dali liečiť alebo by sa im dalo predchádzať. Toto nezmerateľné ľudské utrpenie presahuje hranice nášho chápania, otvára vážne humanitárne a etické otázky a evokuje hlbokú túžbu zabezpečiť efektívnejšie spôsoby poskytovania zdravotnej starostlivosti obyvateľom sveta.

Problém zabezpečenia konzistentného prístupu k vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých nie je aktuálny len v nízkopríjmových krajinách. Krajiny so strednými a vysokými príjmami sa potýkajú s neudržateľnými nákladmi, ktoré ďalej rastú so starnúcou populáciou, rýchlym nárastom prevalencie neprenosných chorôb, trieštením, duplicitami a zlou distribúciou zdravotných služieb, čo má za následok nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti najmä vo vidieckych a nízkopríjmových komunitách.

Mocné sily, ktoré ženu medicínu k špecializácii a redukcionizmu, ukazujú, že úzko zamerané a na špecializáciu orientované úsilie treba integrovať a doplniť prístupom, ktorý sa zameriava na pacienta ako celok v rámci systému komplexnej zdravotnej starostlivosti. Primárna zdravotná starostlivosť, posilnená všeobecným lekárstvom, poskytuje nevyhnutný rámec na dosiahnutie tejto syntézy.⁵

Všeobecné lekárstvo zároveň slúži ako prepojenie medzi tými, čo sa venujú problematike zdravia obyvateľov, a tými, ktorí sú v prvých líniách a poskytujú zdravotnú starostlivosť jednotlivcom. Konvergencia verejného zdravia a na osobu orientovaná starostlivosť rozširuje možnosti poskytovať kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť, ktorá je zároveň nákladovo efektívnejšia, relevantná, spravod-

livá a udržateľná. V dôsledku toho tento prístup má lepšie predpoklady na to, aby riešil potreby pacientov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a tých, čo prijímajú rozhodnutia, bez ohľadu na stav hospodárskeho rozvoja krajiny.

Táto kapitola mapuje aktuálne a vyvíjajúce sa potreby ľudí v oblasti zdravotnej starostlivosti, predstavuje úlohu rodinných lekárov v zdravotnom systéme, vymedzuje problémy pri uskutočňovaní primárnej zdravotnej starostlivosti a rodinného lekárstva, ponúka konkrétne scenáre pre jednotlivé krajiny na objasnenie a podporu rozhodovania o zdravotnej politike na národnej úrovni.

1.1 IDENTIFIKÁCIA SÚČASNÝCH A VYVÍJAJÚCICH SA ĽUDSKÝCH POTRIEB V OBLASTI ZDRAVIA

Zdravotný stav jednotlivcov a populácií ovplyvňuje množstvo biologických, sociálnych a ekonomických určujúcich faktorov. Medzi kľúčové premenné patrí úroveň socioekonomického rozvoja krajiny, dostupnosť a rozdeľovanie zdrojov, počet a rozmiestnenie lekárov a ďalších kľúčových zdravotníkov a epidemiológia chorôb.

Úroveň ekonomického rozvoja, zdroje, počty a distribúcia lekárov

Medzi krajinami existujú veľké rozdiely v stupni ekonomického rozvoja a medzi dostupnými zdrojmi. Dostupnosť a kvalitu výrazne ovplyvňuje množstvo a rozdeľovanie finančných zdrojov, ktoré jednotlivci a krajiny alokujú zdravotníctvu. Priemerné výdavky na obyvateľa sa pohybujú v rozmedzí od 25 US\$ v nízkopríjmových krajinách po 4692 US\$ vo vysokopríjmových krajinách.⁶ V mnohých subsaharských krajinách Afriky nemajú adekvátne zariadenia, diagnostické prístroje a vybavenie, lieky a ľudské zdroje na poskytovanie starostlivosti obyvateľom. Chýbajú im zdravotníci na riadne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, dostupnosť lekárov zabezpečuje iba prístup k život zachraňujúcej starostlivosti. Pomer počtu obyvateľov na jedného lekára v Malawi a Etiópii je 1:50000.⁶ Mnohé krajiny Európy majú viac ako 3 lekárov na 1000 obyvateľov a relatívne veľký počet zdravotníckych zariadení.⁷ Sociálne a ekonomické faktory ako chudoba, nedostatok pitnej vody, zlá hygiena, zlé cesty, nízka úroveň vzdelania, obmedzený prístup k informáciám a politická nestabilita ešte znásobujú nerovnosť v oblasti zdravia.^{8,9}

Epidemiologické výzvy

Bremeno chorobnosti sa medzi jednotlivými krajinami výrazne líši. Napríklad v subsaharských krajinách viac ako 60 % tejto záťaže súvisí s prenosnými chorobami, problémami matiek, perinatálnymi stavmi a výživou. Najvýznamnejšie príčiny úmrtí u detí vo veku 0 až 4 rokov sú hnačky, respiračné ochorenia a problémy súvisiace s perinatálnym obdobím ako asfyxia pri pôrode, predčasný pôrod a nízka pôrodná hmotnosť. Prenosné choroby a problémy matiek sú najčastejšie príčiny smrti u dospelých. Trauma, násilie a neprenosné ochorenia sú tiež významnými príčinami predčasnej morbidita a mortality.⁷ Existuje veľa problémov, ktoré sa ťažšie dokumentujú. Napríklad sú to duševné choroby ako depresia, schizofrénia a alkoholizmus, ktoré tiež predstavujú podstatné faktory prispievajúce k bremenu chorobnosti v krajinách s nízkymi a strednými príjmami.¹⁰

Neprenosné choroby sú hlavnou príčinou smrti vo všetkých regiónoch s výnimkou Afriky.¹¹ Diabetes, hypertenzia, rakovina a chronická choroba pľúc prevažujú v európskych krajinách a len 5-percentná mortalita sa tu pripisuje infekčným chorobám. Podobné spektrum je v USA, kde v rokoch 1995 – 2010 zaznamenali významný nárast prevalencie diagnostikovanej cukrovky u dospelšej populácie staršej ako 15 rokov.

Neprenosné choroby, napriek ich prevahe vo vysokopríjmových krajinách, disproporčne postihujú krajiny s nízkymi a strednými príjmami, kde sú každoročne príčinou takmer 80 % z celkových 36 miliónov úmrtí na svete zapríčinených neprenosnými chorobami. Projekcie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) hovoria, že podiel úmrtí zapríčinených neprenosnými chorobami sa v nasledujúcich 10 rokoch zvýši o 17 %, pričom najprudší nárast by mal byť v Afrike (27 %) a východnom Stredomorí (25 %).

Tento dramatický nárast predstavuje celosvetový problém. Neprenosné choroby ovplyvňujú nielen život jednotlivých osôb, ale sú aj úzko prepojené s celkovým sociálnym a hospodárskym rozvojom. WHO preto vyzýva k posilneniu systémov zdravotníctva, aby verejný, ako aj súkromný sektor disponoval prvkami, ktoré sú nevyhnutné na zvládanie problémov a starostlivosť o pacientov s chronickými chorobami. Spomínané prvky zahŕňajú vhodnú politiku, školené ľudské zdroje, adekvátny prístup k esenciálnym liekom a technológiám, dobre fungujúce mechanizmy odosielania pacientov a štandardy kvality pre oblasť primárnej zdravotnej starostlivosti.¹²

1.2 ODPOVEDE NA POTREBY ĽUDSKÉHO ZDRAVIA

Rozpor medzi našimi možnosťami zlepšiť zdravotný stav a skutočnými výsledkami v oblasti zdravia viedol k pritiahnutiu pozornosti verejnosti a svetových lídrov pre oblasť zdravia na fundamentálny význam primárnej zdravotnej starostlivosti.

Primárna zdravotná starostlivosť a primárna starostlivosť: univerzálne potreby, špecifické lokálne riešenia

Deklarácia z Alma-Aty v r. 1978 uvádza primárnu zdravotnú starostlivosť ako najefektívnejší spôsob poskytovania esenciálnych služieb zdravotnej starostlivosti.¹³

Odvtedy vznikli nejasnosti v súvislosti s pojmami primárna zdravotná starostlivosť a primárna starostlivosť. Treba rozlišovať medzi primárnou zdravotnou starostlivosťou ako stratégiou na dosiahnutie zdravia pre všetkých a primárnou starostlivosťou ako starostlivosťou prvého kontaktu. Primárna zdravotná starostlivosť ako stratégia zahŕňa rozvoj vysokokvalitných služieb primárnej starostlivosti.

V posledných troch desaťročiach sa koncept primárnej zdravotnej starostlivosti obmieňal a upresňoval, pričom výbory aj jednotlivci zdôrazňovali dôležitosť nasledujúcich atribútov služieb vysokokvalitnej primárnej starostlivosti:^{5, 14–19}

- ▶ osobné poskytovanie – umožňuje účinnú liečbu so zachovaním ľudskej dôstojnosti;
- ▶ prvý kontakt – poskytuje vstup do zdravotného systému;
- ▶ kontinuálnosť – postupom času sa s pacientmi vytvára dlhodobý a pretrvávajúci partnerský vzťah;
- ▶ komplexnosť – rieši všetky zdravotné potreby, bežné problémy, komorbidity vrátane fyzických, psychických, sociálnych a kultúrnych určujúcich faktorov zdravia a choroby;
- ▶ koordinovanosť – koordinácia a spolupráca s ďalšími zdravotníkmi;
- ▶ nákladová efektívnosť;
- ▶ vysoká kvalita;
- ▶ spravodlivosť v rozdeľovaní zdravotných služieb;
- ▶ orientácia na komunitu, zapojenie lokálnej úrovne a partnerských vzťahov;
- ▶ zodpovednosť.

Jedinečné charakteristiky primárnej starostlivosti zahŕňajú prvý kontakt, dlhodobosť (kontinuitu), komplexnosť a koordináciu.¹⁸ Spôsob, akým sú tieto charakteristiky organizované a začlenené do systematického prístupu v rámci úspešných primárnych zdravotných systémov je špecifický, a teda poskytuje model pre krajiny, ktoré chcú zlepšiť účinnosť starostlivosti poskytovanej občanom.

Prínos rodinného lekárstva

Zatiaľ čo na poskytovanie zdravotných služieb je esenciálna škála rôznych zdravotníckych pracovníkov, rodinní lekári sú osobitne vybavení na plnenie tejto funkcie, pretože sú odborne pripravení na poskytovanie starostlivosti jednotlivcom každého veku. Slúžia aj ako integrálni, navzájom sa dopĺňajúci členovia tímu primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú usmernenie iným zdravotníkom a zabezpečujú kontinuálnu, komplexnú a koordinovanú zdravotnú starostlivosť pre jednotlivcov, rodiny a komunity.

Rodinné lekárstvo je komponent primárnej starostlivosti a je definované ako špecializácia medicíny, ktorá sa zaoberá poskytovaním komplexnej starostlivosti pre jednotlivcov a rodiny a integruje biomedicínske, behaviorálne a sociálne vedy, pričom v niektorých krajinách je známe ako všeobecné praktické lekárstvo. Rodinní lekári sú lekári špecializovaní na poskytovanie zdravotných služieb všetkým jednotlivcom bez ohľadu na vek, pohlavie alebo typ zdravotného problému. Poskytujú primárnu a kontinuálnu zdravotnú starostlivosť celým rodinám v rámci svojich komunít, riešia fyzické, psychické a sociálne problémy a koordinujú komplexnú zdravotnú starostlivosť s ďalšími potrebnými špecialistami. Rodinní lekári sa niekde nazývajú všeobecní praktickí lekári alebo všeobecní praktici. Líšia sa od všeobecných lekárov (general doctors), ktorí môžu v komunite pôsobiť bez ďalšieho špecializovaného výcviku po ukončení štúdia medicíny.

Rozsah výcviku a praxe každého rodinného lekára sa líši podľa kontextu ich práce, úloh, organizovanosti a zdrojov zdravotného systému krajiny, kde pôsobia. Rodinní lekári potrebujú široké spektrum zručností, ktoré zodpovedajú potrebám zdravotnej starostlivosti v príslušnej krajine. V krajinách, kde je málo všeobecných praktických lekárov, napr. v subsaharskej Afrike, rodinní lekári môžu byť zamestnancami verejného sektora a plniť úlohu chrbtovej kosti v okresných nemocniciach, pričom vykonávajú chirurgické zákroky vrátane cisárskych rezov, úrazovej chirurgie a starostlivosti o dospelých aj deti. V niekto-

rych krajinách Európy pôsobia najmä v ambulanciách primárnej starostlivosti a pôsobia ako brána, cez ktorú pacienti vstupujú do nemocničnej a špecializovanej starostlivosti. Vo svete sa v čoraz väčšej miere stávajú členmi multidisciplinárnych tímov, ich praktická pôsobnosť sa rozširuje a zahŕňa aktivity ako výučba a konzultácie pre zdravotníkov a pôrodné asistentky v obciach, pôsobia na školách, v cirkvách a iných skupinách v rámci komunity, poskytujú starostlivosť v domácnostiach, na klinikách a komunitných zdravotných strediskách.²⁰ Celosvetový nárast výskytu neprenosných ochorení zdôrazňuje potrebu dobre vyškolených a vzdelaných rodinných/všeobecných praktických lekárov na zvládanie starostlivosti o pacientov s chronickými ochoreniami a s nimi spojenými komorbiditami.

Široká škála typov prostredia, v ktorom pôsobia rodinní/všeobecní praktickí lekári, je zosumarizovaná v Boxe 1.1:

Rozsah praxe upravený tak, aby zodpovedal potrebám populácie, je v Boxe 1.2:

BOX 1.1 Typy prostredia rodinných/všeobecných praktických lekárov

- Rozdiely podľa krajín s nízkymi, strednými a vysokými príjmami
- Domácnosti, komunity, kliniky a nemocnice
- Vidiecke, prímestské a mestské prostredie
- Prax jedného lekára, prax stredne veľkých a veľkých skupín lekárov
- Verejné, mimovládne a súkromné zdravotné systémy

BOX 1.2 Rozsah praxe rodinných/všeobecných praktických lekárov

- Starostlivosť o pacientov každého veku „od počatia po hrob“
- Zabezpečiť prístup ku komplexnej primárnej a sekundárnej starostlivosti
- Zvládať infekčné a chronické ochorenia
- Poskytovať urgentnú, akútnu a dlhodobú starostlivosť
- Pôsobiť ako klinický lekár, učiteľ, obhajca a vodca
- Koordinovať klinickú, komunitnú a verejnú zdravotnú starostlivosť

Schopnosť dobre pripravených lekárov prispôbiť sa jedinečným okolnostiam a konkrétnym potrebám zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajinách sa odráža aj v rýchlom raste Svetovej organizácie rodinných lekárov (WONCA)

z 18 zakladajúcich členov v r. 1972 na 126 členských organizácií, ktoré v roku 2012 zastupovali viac ako 130 krajín.²¹

Rozmanitosť si vyžaduje pružný, ale uvážení prístup v oblasti vzdelávania, aby ich spôsobilosť zodpovedala miestnym potrebám. Lekári budú na také rozmanité úlohy najlepšie pripravení, keď sa ich odborná príprava zameria na konkrétne problémy a choroby, s ktorými sa budú stretávať vo svojej budúcej praxi.

Znalosti a vedomosti potrebné na zvládanie väčšiny týchto opakovaně sa vyskytujúcich problémov sa dajú nadobudnúť a osvojiť. Také zameranie poskytuje odbornosť a dôveru, ktorú rodinní lekári nevyhnutne potrebujú na to, aby poskytovali kvalitnú starostlivosť svojim pacientom bez nereálnych očakávaní, či už zo strany pacientov, alebo iných poskytovateľov, alebo tvorcov rozhodnutí. Nasledujúce kapitoly popisujú zdôvodnenie, prečo sa rodinné lekárstvo považuje za esenciálny komponent primárnej zdravotnej starostlivosti, dôkazy o jeho účinnosti a praktické úvahy o jeho vykonávaní, vrátane príkladov z rôznych krajín.

1.3 AKO PLNÍŤ ÚLOHY A PRESVEDČIŤ LÍDROV

Zdravie obyvateľov a sociálno-ekonomické kapacity krajiny navzájom súvisia.¹ Preto má každá krajina eminentný záujem podporovať a zlepšovať zdravotný stav svojich obyvateľov. Vláda, jej inštitúcie, školy, organizácie zdravotnej starostlivosti, finančné systémy a občianska spoločnosť plnia osobité a vzájomne sa dopĺňajúce funkcie v oblasti dohľadu, tvorby a rozvoja komplexných zdravotných systémov. Tieto skupiny ovplyvňujú politiku, organizáciu, personálne zabezpečenie, financovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré následne majú vplyv na hospodárstvo, ako aj na výsledky v oblasti zdravia jednotlivcov aj celej populácie krajiny. Tento recipročný vzťah umocňuje závažnosť požiadavky, aby vláda efektívne využívala vymedzený rozpočet a dostupné zdroje pri snahe dosiahnuť maximálne výsledky v oblasti zdravia, čo si vyžaduje aktívnu spoluúčasť všetkých sektorov populácie.

Výzvy v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti

Všetky krajiny stoja pred náročnou výzvou – usilujú sa poskytovať vysokokvalitnú a zároveň efektívnu, relevantnú, spravodlivú a udržateľnú zdravotnú sta-

roslivosť.⁵ Tieto problémy na riešenie, ako ich popisuje Svetová správa o zdraví z r. 2008, sa dajú rozanalyzovať nasledovne:

- ▶ **Inverzná starostlivosť:** ľudia, ktorí majú najviac prostriedkov, spotrebúvajú najviac starostlivosti a pozornosti, zatiaľ čo ľudia, ktorí majú najmenej prostriedkov a najväčšie problémy, jej spotrebúvajú najmenej, často pre nedostatočný prístup k dostupnej, prijateľnej starostlivosti.
- ▶ **Ožobračujúca starostlivosť:** zdravotné problémy u ľudí bez sociálnej ochrany, ktorí platby za starostlivosť musia uhrádzať z vlastného vrecka, môžu viesť ku katastrofickým výdavkom.
- ▶ **Fragmentovaná starostlivosť:** nadmerná špecializácia a zameranie na konkrétne ochorenia odrádzajú od celostného (holistického) a kontinuálneho prístupu k zdravotnej starostlivosti.
- ▶ **Nesprávne nasmerovaná starostlivosť:** zdroje sa pridelujú najmä na liečebnú, akútnu starostlivosť, pričom sa často zanedbáva primárna prevencia a podpora zdravia.
- ▶ **Nebezpečná starostlivosť:** zle nastavené systémy, s nie dostatočne bezpečnými praktikami majú za následok vyššiu mieru výskytu nemocničných infekcií, pochybení a nepriaznivých účinkov.

Na podporu mohutného systému primárnej starostlivosti a zabezpečenie ľudských zdrojov pre oblasť zdravia je potrebná zdravotná politika, ktorá rieši tieto nerovnosti a zabezpečuje adekvátne zdroje a stimuly.

Poznatky získané zo skúseností vo svete ukazujú, že riešenie musí byť špecifické, založené na solídnych dôkazoch a citlivé na miestne podmienky. Svetová správa o zdraví 2008 uvádza štyri samostatné reformy nevyhnutné na fungovanie robustných systémov primárnej starostlivosti.⁵

1. **Reformy univerzálneho pokrytia:** zabezpečiť, aby zdravotné systémy prispievali k spravodlivosti a zamedzili vylúčeniu na základe takých premenných ako príjem, etnický pôvod; a investovať adekvátne zdroje na fungovanie robustných systémov primárnej starostlivosti, ktoré sú všeobecne dostupné.
2. **Reformy verejnej politiky:** integrovať verejné zdravotníctvo s primárnou starostlivosťou a podporovať politiku verejného zdravotníctva naprieč sektormi; podporovať spoluprácu medzi rodinnými lekármi, komunitami, vládou a súkromnými sektormi a akademickými inštitúciami s cieľom riešiť vyvíjajúce sa potreby v oblasti zdravia spoločnosti; a zabezpečiť nábor, výcvik, nasadenie a udržanie zdravotníkov podľa potrieb populácie.

3. **Reformy v oblasti riadenia a výskumu:** podporovať inkluzívne, participatívne rozhodovanie založené na konsenze zainteresovaných a na hodnotách solidarity, sociálnej spravodlivosti a zodpovednosti; realizovať výskum na posúdenie kvality, spokojnosti a dosiahnutých výsledkov a revidovať starostlivosť na základe presvedčivých dôkazov; podporovať globálnu solidaritu a vzájomné učenie sa.
4. **Reformy poskytovania starostlivosti a reformy vzdelávania:** reorganizovať zdravotnú starostlivosť tak, aby tímy zdravotníkov poskytovali zdravotnú starostlivosť orientovanú na ľudí, ktorá bude vhodná v danej kultúre, orientovanú na podporu zdravia v komunite, na preventívne služby a primárnu starostlivosť; školiť rodinných lekárov a ďalších zdravotníkov, aby vedeli zvládať a podporovať pacientov s najbežnejšími problémami na úrovni komunity, alebo ich vedeli adekvátne odosielať k ďalším špecialistom.

Výzvy rodinného lekárstva

Rodinní lekári stoja pred jedinečnými otázkami ohľadom ich identity, úlohy a finančnej podpory. V krajinách, kde je rodinné lekárstvo nový koncept, verejnosť a často aj ďalší zdravotníci nerozumejú alebo nedoceňujú jedinečné zručnosti rodinného lekára/všeobecného praktika. V niektorých prípadoch u rodinných lekárov môže nastať situácia, keď je ich rola vnímaná ako konflikt s inými zdravotníkmi. Táto nejasnosť sa môže zhoršovať, ak neexistujú konzistentné štandardy, politika a komunikácia medzi skupinami zdravotníckych profesií.

Potrebné sú aj adekvátne zdroje, stimuly a platy. Ak je odmeňovanie rodinných lekárov oveľa nižšie ako v prípade iných medicínskych špecializácií, bude ťažké získať a udržať dostatočný počet lekárov najmä vo vidieckych oblastiach, okresných nemocniciach a oblastiach s vysokou koncentráciou obyvateľov, ktorí žijú v chudobe. Neadekvátna príprava a pracovné podmienky podporia migráciu zdravotníkov do atraktívnejšieho pracovného prostredia a tým sa znásobí bremeno tých, ktorí zostanú.

Ďalšie výzvy zahŕňajú faktory ako rastúca báza poznatkov, rastúca miera závislosti na drahých technológiách a narastajúca náročnosť manažovania pacientov s komorbiditami. Flexibilné modely vzdelávania a kontinuálneho vzdelávania riešia tieto faktory tým, že sa zameriavajú na potreby obyvateľov, podporujú tímy primárnej zdravotnej starostlivosti, tvorbu protokolov, ktoré zachovávajú

vysokú kvalitu a využívajú nízkonákladové informačné technológie, aby sa zachovala ich aktuálnosť a odkomunikovanosť s inými špecialistami. To si vyžaduje ovládanie nástrojov ako on-line štúdium a on-line študijný plán, konzultácie na diaľku a počítačové mapovanie obyvateľov.

Lekári vo vidieckych oblastiach možno budú potrebovať vyššiu úroveň zručností v oblasti pôrodníctva, chirurgie a úrazovej medicíny. Navyše, lekári v takých oblastiach môžu mať pocit izolácie, obavy o možnostiach vzdelávania, kultúrneho vyžitia a pracovných príležitostí pre členov svojej rodiny. Tieto otázky sa dajú čiastočne riešiť prostredníctvom podpory vo forme skupinovej praxe a sústredení niekoľkých praktických lekárov v centrálne situovaných komunitných zdravotných strediskách alebo okresných nemocniciach. Lekári sa tak môžu podeliť o objem práce a získajú tak čas na rekreáciu a pre vlastnú rodinu. Popritom naďalej môžu slúžiť v rámci siete okolitých obcí prostredníctvom konzultácií, vzdelávania a poskytovania odborného dohľadu nad inými zdravotníkmi v rámci primárnej starostlivosti, ktorí pôsobia v daných komunitách.

Presvedčivé vodcovstvo

Príkladné vedenie a podpora zo strany politických, komunitných a medicínskych vodcov bude nevyhnutná na také nasmerovanie celej škály intervencií, ktoré zabezpečí plnenie týchto náročných úloh. Úspešná realizácia si často vyžaduje správne vyváženie hodnôt, ktoré navzájom súťažiaci takým spôsobom, aby sa vzájomne dopĺňali a posilňovali. Napríklad zdravotné systémy, ktoré zabezpečujú spravodlivý prístup ku komplexnej starostlivosti, musia integrovať starostlivosť o jednotlivcov s opatreniami verejného zdravotníctva. Obidva komponenty zdravotnej starostlivosti sú esenciálne a fungujú oveľa efektívnejšie, keď sú synergické. Ďalej, kvalita a nákladová efektívnosť musia byť vyvážené, aby sa poskytovala starostlivosť pri nákladoch, ktoré si každá spoločnosť môže dovoliť a ktoré sú udržateľné. Dichotómia medzi komplexnými, integrovanými prístupmi a špecializovanými, redukcionistickými prístupmi k zdravotnej starostlivosti predstavuje ďalšie výzvy.

Nastavenie zdravotných systémov, aby čo najlepšie napĺňali potreby ľudí, si vyžaduje aj spoločenské zmeny. U každého zainteresovaného aktéra bude nevyhnutné, aby sa podarilo zvládať navzájom súťažiacie priority v kontexte vymedzených zdrojov. Pri riešení týchto problémov môžu lídri dosiahnuť konsenzus medzi kľúčovými zainteresovanými subjektmi tak, že sa sústredia na spoločné

ciele a hodnoty, ako sú podpora zdravia, prevencia a miernenie utrpenia, ale súčasne budú zvažovať aj dôležitosť ďalších ako napríklad spravodlivú dostupnosť a nákladovú efektívnosť.

Výkon rodinného lekárstva sa bude medzi krajinami líšiť v závislosti od podmienok, ako sa to prejavuje aj vo vyjadrení prostredníctvom medzinárodne uznávaných klasifikácií ako výška príjmu a zadĺženosti na jedného obyvateľa, alebo či ide o ekonomiku v transformácii alebo núdzovom stave. Každá kategória si vyžaduje špecifický, pružný prístup k rozvoju rodinného lekárstva v rámci danej krajiny. Určenie stupňa rozvoja krajiny umožní pochopiť, ako by rodinné lekárstvo mohlo konkrétne prispieť a aké kriticky dôležité rozhodnutia je potrebné prijať, aby dotknutá disciplína uspela. Nasledujúce scenáre popisujú toto spektrum štádií vývoja v rámci krajín.

Amplifikácia (posilňovanie poskytovania primárnej starostlivosti)

V početných krajinách s nízkymi a strednými príjmami sa rodinné lekárstvo považuje za synonymum primárnej zdravotnej starostlivosti, a preto komponenty tejto disciplíny sú súčasťou praxe rôznych zdravotníkov, ktorí väčšinou nie sú lekári, t. j. asistentov, sestier a komunitných zdravotníkov. Títo pracovníci poskytujú esenciálnu zdravotnú starostlivosť veľkej časti obyvateľov najmä vo vidieckych a vzdialených oblastiach. WHO uvádza, že primárna starostlivosť si vyžaduje

tímy zdravotníkov: lekárov, sestry, asistentov so špecifickými a sofistikovanými biomedicínskymi a sociálnymi zručnosťami – je neakceptovateľné, aby v nízkopríjmových krajinách bola primárna starostlivosť synonymom technicky nevyspelej, neprofesionálnej starostlivosti pre chudobných na vidieku, ktorí si nemôžu dovoliť niečo lepšie.⁵

Vzhľadom na limitované a nedostatočné zdroje v týchto krajinách, najúčinnjší príspevok rodinných lekárov za takýchto okolností môže byť poskytovanie vzdelania, školenia a dohľadu primárnym zdravotníkom v celom regióne, dopĺňanie starostlivosti u pacientov s komplikovanými stavmi a zabezpečovanie náležitého odosielania pacientov. V týchto situáciách treba rozhodnúť o úlohách, povinnostiach, rozmiestnení a kompenzácií (odmeňovaní) rodinných lekárov a o tom, ako môžu posilniť poskytovanie primárnej zdravotnej starostlivosti na komunitnej úrovni.

Substitúcia (rodinných lekárov absolventmi lekárskeho fakúlt)

Sú krajiny, kde sa rodinná medicína ako disciplína ešte neetablovala, resp. neuznáva sa, a preto pre absolventov medicíny nie je atraktívnym odborom, na ktorý by sa chceli špecializovať a doškoliť. V takých prípadoch môžu lekárske fakulty postaviť základné študijné programy tak, aby naučili lekárov riešiť tie najrelevantnejšie potreby v oblasti zdravia s predpokladom, že všetci lekári by mali vedieť poskytovať primárnu starostlivosť. Treba rozhodnúť, či je tento prístup účinnou náhradou za cielené vzdelávanie a výcvik rodinných lekárov a či by zriadenie formálnej špecializácie výučby prinieslo lepšie výsledky.

Uznanie (od formálneho uznania k skutočnému rozvoju)

V mnohých krajinách je odbor rodinného lekárstva formálne uznaný a vyučuje sa ako špecializácia, ale rodinní lekári majú príliš málo stimulov alebo možností na kariérny rast v odbore rodinného lekárstva. V týchto podmienkach verejnosť uprednostňuje priamy prístup k špecialistovi v presvedčení, že dostane najlepšiu starostlivosť.

Mnohé vlády a zdravotnícke organizácie vyvinuli iniciatívy na zvrátenie tohto trendu a na podporu rodinného lekárstva prostredníctvom príslušnej legislatívy, informovania verejnosti a stimulov. Tam, kde tieto iniciatívy neexistujú, treba prijať rozhodnutie, či väčšie uznanie a podpora rodinného lekárstva zlepši prístup, kvalitu, komplexnosť alebo nákladovú efektívnosť zdravotnej starostlivosti.

Reštrukturalizácia

Zdravotný systém krajiny môže po významnejších politických zmenách alebo po ozbrojenom konflikte prechádzať reštrukturalizáciou a prestavbou. V takých prípadoch je zavedenie rodinného lekárstva významným príspevkom k reforme zdravotného systému: podporuje decentralizáciu, zlepšuje prístup k zdravotnej starostlivosti na úrovni komunity a poskytuje možnosti privátnej praxe. Množstvo a mnohorakosť intervencií pri relatívne nedostatočnej koordinácii však môže viesť k zmätku a neistote a odpútať pozornosť od cieľa účinnosti a spravodlivosti. V takých prípadoch najdôležitejším príspevkom rodinného lekárstva je jeho úloha ako súčasti komplexného, koordinovaného plánu celkového zdokonalenia zdravotného systému.

Produktivita

Niektoré krajiny používajú rodinné lekárstvo na zvýšenie spokojnosti pacientov a na zvládanie rastúcich nákladov na zdravotné služby. V tom prípade vysokokvalitná zdravotná starostlivosť je priamo dostupná pre privilegovaných klientov, pričom znevýhodnené skupiny a jednotlivci sú zanedbávaní. Tieto krajiny stoja pred úlohou zabezpečiť všeobecnú dostupnosť vysokokvalitnej a nákladovo efektívnej zdravotnej starostlivosti v prostredí, kde trhové sily a sloboda jednotlivca zvoliť si osobného lekára sú verejne uznávané aspekty. V týchto krajinách tvorcovia rozhodnutí musia zvážiť, či vzdelávanie verejnosti, výškolenie a podpora dostatočného počtu rodinných lekárov zlepši poskytovanie komplexnej, nákladovo efektívnej, komunitne založenej zdravotnej starostlivosti a či v konečnom dôsledku zlepši zdravotný stav populácie.

Humanizmus

V krajinách, kde existuje tradícia sociálnej solidarity podporovaná politikou vlád, sa primárna starostlivosť uznáva a podporuje ako základné ľudské právo. Základy takej spoločnosti tvorí rovnosť príležitostí v oblasti osobného rozvoja, rešpektovanie rozdielnosti, sociálna spravodlivosť a podporovanie verejného záujmu. Rozhodnutia investovať do rodinného lekárstva predstavujú hmatateľný príspevok k renesancii humanistických hodnôt, k zlepšovaniu kvality života budovaním systémov zdravotníctva, ktoré na potreby reagujú sociálnejším spôsobom.

Stratégia pre zmeny

Tieto scenáre nie sú vyčerpávajúci zoznam situácií, s akými sa môžu vodcovia v oblasti rodinného/všeobecného praktického lekárstva stretnúť, a ani jeden scenár neposkytuje vyčerpávajúci popis situácie v konkrétnej krajine. Vo väčšine krajín je situácia, ktorá vykazuje charakteristiky z viacerých scenárov. Lídri pre oblasť zdravotníctva skôr zväžia investovanie do rodinného lekárstva, ak odporúčania majú oporu v dôkladnom zhodnotení potrieb, ktoré berie do úvahy kultúrny a spoločenský kontext ich krajiny, demografickú situáciu, epidemiológiu, stupeň rozvoja a dostupné zdroje.

Je veľmi potrebné previazať rodinné lekárstvo a realizáciu vysokokvalitnej primárnej starostlivosti s globálnou snahou dosiahnuť všeobecné zabezpečenie

zdravotnej starostlivosti. Tento prístup poskytuje najúčinnnejšie prostriedky na garantovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu pre všetkých.

Presvedčenie lídrov v oblasti zdravotníctva o správnosti tohto prepojenia môžu posilniť nasledujúce opatrenia.

- ▶ **Predloženie dôkazov:** fakty, informácie a argumenty zdôrazňujúce prínosy rodinného lekárstva sú nevyhnutné na presvedčenie lídrov na národnej úrovni a rovnako ich títo lídri tiež potrebujú, ak majú presvedčiť ďalšie zainteresované strany. Ak pre určitý kontext nie sú dostačujúce dôkazy, možno budú potrebné pilotné projekty na získanie potrebných informácií.
- ▶ **Príklady z praxe:** úspešné programy rodinného lekárstva, dokumentácia praktických skúseností, návšteva na mieste a prípadové štúdie slúžia na budovanie dôvery v to, že projekty rozvíjania rodinného lekárstva sa dajú realizovať a prinášajú výsledky.
- ▶ **Rozvíjanie medzinárodnej spolupráce:** partnerská spolupráca medzi krajinami poskytuje možnosti pre vzájomne prínosnú medzinárodnú výmenu informácií a odborníkov. Tieto výmeny uľahčujú porovnávanie a adaptáciu projektov, aby zodpovedali viac miestnym potrebám a aby sa viac zviditeľnili, pričom to môže prispieť k získaniu ďalších zdrojov.

Tieto stratégie objasnia, ako rodinní lekári môžu prispieť k zdraviu obyvateľov. Pritom ponúknu pohľady, ktoré pomôžu vyrovnáť sa s dilemami v zdravotníctve a vytvoria synergiu v celej škále scenárov rozvoja.

Záver

Všeobecná deklarácia ľudských práv konštatuje, že „Každý má právo na životnú úroveň zabezpečujúcu jemu i jeho rodine zdravie a blahobyť.“²² Všeobecní praktickí/rodinní lekári majú potenciál prispieť významnou mierou k naplneniu tohto chvályhodného cieľa prostredníctvom poskytovania komplexnej primárnej zdravotnej starostlivosti. Nasledujúce kapitoly popisujú dôvody, prečo rodinné lekárstvo možno považovať za esenciálny komponent zdravotného systému, dôkazy o jeho účinnosti a praktické aspekty jeho výkonu.

Ďalšie podrobnosti o aktuálnom stave rodinného lekárstva v jednotlivých regiónoch sveta sú k dispozícii na webovej stránke WONCA (www.globalfamilydoctor.com).²¹

ODKAZY

1. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Available at: wdronline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world_development_report_1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1
2. Crisp N. *Turning the World Upside Down: the search for global health in the twenty-First century*. Royal Society of Medicine Press, 2010.
3. Collier P. *The Bottom Billion*. Oxford University Press, 2007.
4. Sen A. *Development as Freedom*. Alfred A Knopf, 2001.
5. World Health Organization. *World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)*. Available at: www.who.int/whr/2008/en/
6. World Health Organization. *World Health Statistics 2012*. Available at: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html
7. World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository 2012*. Available at: apps.who.int/gho/data/?vid=10015#
8. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health Final report: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, 2008*. Available at: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
9. Marmot M, Friel S, Bell R, et al.; on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008; 372: 1661–9.
10. Patel V, Araya R, Chatterjee S, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370: 991–1005.
11. World Health Organization Media Centre. Non-communicable diseases fact sheet, September 2011: 1–4. Available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/index.html
12. World Health Organization. *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, 2008*. Available at: www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/
13. World Health Organization/UNICEF. *Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No.1).
14. Alpert JJ, Charney E. *The Education of Physicians for Primary Care*. Washington DC: US Department of Health, Education and Welfare, 1973.
15. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al. (eds). *Primary Care: America's health*

- in a new era*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 1996.
16. Ljubljana Charter on Reforming Health Care. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999; 77: 48–9.
 17. Vienonen M, Jankauskiene D, Vask A. Towards evidence-based health care reform. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999, 77: 44–7.
 18. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
 19. Boelen C. *Towards Unity for Health: challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper*. Geneva: World Health Organization, 2000.
 20. Roberts RG, Hunt VR, Kulie TI, et al. Family medicine training: the international experience. *Medical Journal of Australia*. 2011; 194(11): 84.
 21. World Organization of Family Doctors (WONCA). Available at: www.globalfamilydoctor.com/
 22. United Nations. Universal Declaration of Human Rights, 1948. Available at: www.un.org/en/documents/udhr/

KAPITOLA 2

Zlepšovania zdravotných systémov

Táto kapitola prináša prehľad hodnôt, cieľov a funkcií zdravotných systémov, popisuje hlavné problémy, ktoré podkopávajú úspešné fungovanie systémov, a predstavuje stratégie ako reagovať na tieto výzvy. Uvádza aj kontext na posúdenie výhod, ktoré rodinné lekárstvo môže priniesť v oblasti zdravia, ak funguje ako súčasť zdravotného systému.

2.1 HODNOTY ZDRAVOTNÝCH SYSTÉMOV

Rôzne iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) po celom svete zdôrazňujú, aká je dôležitá kvalita, spravodlivosť, relevantnosť a nákladová efektívnosť na dosiahnutie optimálnych výsledkov v oblasti zdravia.¹⁻³

Kvalita

Kvalita starostlivosti sa dá vnímať z klinického pohľadu aj z pohľadu populácie.

Klinický pohľad sa zameriava na to, ako starostlivosť, ktorú poskytujú jednotliví lekári alebo skupiny lekárov, ovplyvňuje zdravie ich pacientov. Pohľad populácie sa sústreďuje na to, ako zdravotné systémy ovplyvňujú zdravie populácie a znižujú rozdiely v oblasti zdravia medzi podskupinami populácie.

Klinické ukazovatele kvality starostlivosti zahŕňajú 4 komponenty:

1. Adekvátnosť prostriedkov
2. Poskytovanie služieb
3. Klinický výkon
4. Výsledky v oblasti zdravia

Poskytovanie vysokokvalitnej starostlivosti si vyžaduje rôzne prostriedky. Zdravotné systémy potrebujú náležité školených pracovníkov, dostatočný počet

vhodných zariadení na poskytovanie služieb, adekvátne financovanie primárnej starostlivosti, dostupnosť týchto služieb pre obyvateľov, vhodné informačné systémy a efektívne mechanizmy spravovania.⁴

Vzhľadom na to, že efektívnosť a spravodlivosť zdravotných služieb závisia od silného systému primárnej zdravotnej starostlivosti, poskytovanie služieb sa dá posúdiť zhodnotením schopnosti zdravotného systému poskytovať primárnu zdravotnú starostlivosť a posúdením výkonnosti pri zabezpečovaní základných charakteristík primárnej starostlivosti, ako je kontinuita, komplexnosť, koordinácia a nákladová efektívnosť.

Problematika zlepšovania kvality výkonu klinickej starostlivosti a výsledky sa podrobnejšie skúmajú v kapitole 5, časť 5.4 o zlepšovaní prístupu do primárnej starostlivosti.

Spravodlivosť

Sociálna spravodlivosť zahŕňa rovnaké možnosti pre všetkých pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. To znamená konzistentnú dostupnosť zdravotných služieb na území každej krajiny. Napriek tomu, že existujú pozitívne príklady zlepšenia spravodlivosti v oblasti zdravotných služieb a zdravia, výrazné nerovnosti v dostupnosti, kvalite a výsledkoch sú bežné medzi krajinami aj vnútri krajín.⁵

Nerovnosti v oblasti zdravia sú veľmi často určované sociálnymi faktormi a dalo by sa im predísť. Nerovnosti môžu súvisieť s príjmom, príslušnosťou k sociálnej skupine a môžu súvisieť aj s rasou, pohlavím, vekom, výškou vzdelania, povoláním, postihnutím a geografickým faktorom. Spravodlivosť zdravotnej starostlivosti sa dá zabezpečiť rozvíjaním takých systémov, v ktorých primárna starostlivosť je skutočne komplexná. Dosiahnutie takeého systému si vyžaduje explicitné rozpoznanie potrieb obyvateľov pri plánovaní a poskytovaní služieb. Znamená to aj posilnenie právomocí ľudí a ich vzdelávanie, aby vedeli prijať aktívnejšiu úlohu pri podpore a ochrane vlastného zdravia.

Spravodlivosť a kvalitu možno vnímať ako navzájom súperiace ciele, ich vyváženosť je známkou excelentnosti zdravotných služieb. Vysokokvalitná zdravotná starostlivosť pre niekolkých, bez ohľadu na spravodlivosť, môže dokonca znížiť kvalitu života všetkých. V súčasnom globalizovanom svete pociťujú populácie čoraz väčšiu vzájomnú závislosť a prepojenosť, a preto sa zdravotné riziká medzi nimi rýchlo prenášajú. Navyše, zdravotný stav je dôležitým určujú-

cim faktorom životaschopnosti hospodárstva a blaha spoločnosti. Zlý zdravotný stav skupín obyvateľov znižuje celkovú produktivitu spoločnosti. Na druhej strane, cieľ dosiahnuť spravodlivosť nemusí znamenať, že bude treba obetovať kvalitu. Nízky štandard a zlá kvalita zdravotných služieb môže skôr uškodiť ako pomôcť; kvalita a spravodlivosť sú síce odlišné, ale vzájomne súvisiace atribúty silného zdravotného systému.

Relevantnosť

Relevantnosť znamená poskytovanie starostlivosti v súlade s najvýznamnejšími prioritami zdravotnej starostlivosti príslušnej krajiny. Priority sa budú líšiť v závislosti od miestnej epidemiológie, dostupných zdrojov a potrieb konkrétnych skupín obyvateľov.

Optimálny primárny zdravotný systém (primárna starostlivosť) poskytuje komplexnú škálu zdravotných služieb, ktorá zahŕňa základné služby relevantné pre každú skupinu obyvateľov a ďalšie služby pre skupiny so spoločnými špeciálnymi potrebami. Keď sa uplatňuje princíp relevantnosti na zdravotnú starostlivosť, zdroje sa môžu zamerať na najvýznamnejšie problémy a na ľudí s najväčšími potrebami, čo umožní dosiahnuť tak kvalitu, ako aj spravodlivosť.

Podobný prístup môže zvýšiť relevantnosť vzdelávania zdravotníkov. Bude zahŕňať vytváranie väzieb s partnermi v komunite, vypracovanie vzdelávacích osnov a stratégií, ktoré odrážajú potreby spoločnosti v oblasti zdravia, a meranie efektov týchto interakcií v oblasti vzdelávania.⁶ Ďalej snaha krajín decentralizovať poskytovanie zdravotných služieb môže zvýšiť pravdepodobnosť ich relevantnosti zvýšením kontroly na miestnej úrovni angažovanosťou komunity.^{7, 8}

Nákladová efektívnosť

Hodnoty – kvalita starostlivosti, spravodlivosť a relevantnosť treba vnímať v kontexte efektívneho vynakladania prostriedkov. Intervencia je nákladovo efektívna, keď sa ňou dosiahne zamýšľaný zdravotný výsledok pri čo najnižších možných nákladoch.

Nákladová efektívnosť sa dá dosiahnuť bez toho, aby bola obetovaná kvalita. Napríklad náležité pridelovanie úloh môže znížiť náklady na služby. Na

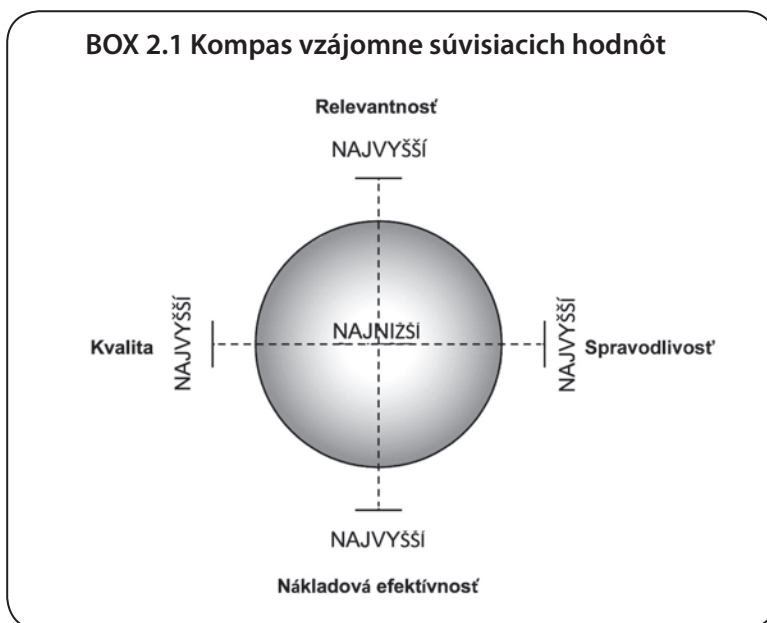
úrovni krajiny alebo na miestnej úrovni sa môžu revidovať pridelené kompetencie rôznym zdravotníkom tak, že aj nákladovo najmenej nároční pracovníci budú poskytovať služby vysokej kvality. Zdravotníci a tvorcovia politiky potrebujú prístup k objektívnym, pravidelne aktualizovaným informáciám o nákladovej efektívnosti a majú informovať o rozhodnutiach, ktoré prijímajú. Snáď najdôležitejší faktor pri dosahovaní efektívneho vynakladania prostriedkov na zdravotníctvo je organizácia dobre fungujúcej infraštruktúry na poskytovanie zdravotných služieb.

Vyvažovanie vzájomne súvisiacich hodnôt

Každá z uvedených hodnôt, kvalita, spravodlivosť, relevantnosť a nákladová efektívnosť je pre zdravotný systém dôležitá, ale správne zosúladená integrácia a vyváženosť týchto hodnôt umožňuje najvyššiu efektívnosť zdravotných systémov. Niektoré systémy možno poskytujú sofistikovanú, technicky vyspelú starostlivosť, ale len určitým segmentom populácie, pričom odčerpávajú podstatnú časť zdrojov, zatiaľ čo vysoké percento populácie nemá prístup k základnej zdravotnej starostlivosti. Iné systémy možno poskytujú esenciálnu starostlivosť ako očkovanie pri nízkych nákladoch, ale nevedia sa vyrovnáť s bežnými chronickými stavmi ako vysoký krvný tlak. Pokrok v podpore ktorejkoľvek z týchto hodnôt ako samostatnej hodnoty bez väzby na tie ďalšie môže mať na ne negatívny alebo pozitívny vplyv. Cieľom optimálne fungujúceho zdravotného systému je dosiahnuť rovnováhu medzi týmito hodnotami, aby sa naplnili zdravotné potreby každej komunity (*pozri* Box 2.1).²

Právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia, spravodlivosť a solidarita

V roku 2007 Panamerická zdravotnícka organizácia zverejnila pozitívny dokument o obnove primárnej zdravotnej starostlivosti na americkom kontinente. Tento materiál identifikuje tri základné hodnoty zdravotného systému postaveného na primárnej zdravotnej starostlivosti, menovite právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia, spravodlivosť a solidaritu. Solidarita znamená, do akej miery ľudia v spoločnosti pracujú spolu na zadaní a dosahovaní spoločného dobra.⁹



2.2 CIELE ZDRAVOTNÝCH SYSTÉMOV

Napriek tomu, že zdroje a potreby v oblasti zdravia sa menia, základný cieľ zdravotných systémov je dosiahnuť optimálnu úroveň zdravia a čo najmenšie rozdiely v zdravotnom stave medzi jednotlivcami a skupinami. Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie, zdravie je stav fyzického, mentálneho a sociálneho blaha.

WHO toto podporuje ako všeobecné dobro prostredníctvom Deklarácie z Alma-Aty (pozri Prílohu A). V posledných desaťročiach táto ambícia usmerňovala rozhodovanie a priority týkajúce sa zdravotných systémov, pričom potvrdzovala esenciálny význam primárnej zdravotnej starostlivosti pri naplňaní tejto vízie.

WHO a jej členské štáty sa zhodujú v tom, že zdravotné systémy by mali poskytovať vysokokvalitnú esenciálnu starostlivosť pre všetkých, ktorá by bola zadefinovaná na základe kritérií efektívnosti, dostupných nákladov a sociálnej prijateľnosti a že každá krajina by mala pravidelne merať napredovanie v týchto oblastiach. Tieto ciele sa dajú dosiahnuť využívaním najvyšších poznatkov o príčinách a liečbe ochorení, manažmentom ochorení a využívaním zdrojov

v zdravotníctve. Všetky krajiny majú mechanizmy na poskytovanie zdravotných služieb, ale kvantita zdrojov venovaných zdravotnej starostlivosti, stupeň koordinácie činností a výsledky týchto systémov v oblasti zdravia sa výrazne líšia.

2.3 FUNKCIE ZDRAVOTNÝCH SYSTÉMOV

Zdravotné systémy sa dajú popísať ako pozostávajúce z niekoľkých nosných funkcií, menovite: poskytovanie esenciálnych zdravotných služieb, vytváranie ľudských a materiálnych zdrojov, financovanie týchto služieb a starostlivosti o zdroje, zhromažďovanie údajov s cieľom poskytovania informácií pre plánovanie, navrhovanie a rozvíjanie politiky. Ďalej je nevyhnutný zodpovedný riadiaci tím pre riadenie a koordinovanie týchto vzájomne súvisiacich funkcií s cieľom dosahovať čo najlepšie výsledky.

Poskytovanie esenciálnych zdravotných služieb

Početné štúdie potvrdzujú výrazné rozdiely v dosahovaných výsledkoch v oblasti zdravia aj medzi krajinami s podobnými výdavkami, príjmami, úrovňou vzdelania a socioekonomickými podmienkami^{10–12}. Ďalšie vstupy sa nemusia premeniť na zodpovedajúce predpokladané výsledky v oblasti zdravia. Často sa stáva, že náklady na intervencie nekorelujú s pozitívnymi výsledkami, zdroje nie sú plne využité a peniaze sa často premrhajú. Niektoré zdravotné činnosti sú nákladovo vysoko efektívne a majú nízke náklady na jednotku zlepšeného zdravia, zatiaľ čo iné sú menej efektívne a prinášajú malý prínos v oblasti zdravia, ale náklady na ne sú vysoké. Spôsob, akým sú činnosti zdravotných služieb zorganizované, znamená kritický rozdiel, a preto ho treba dôkladne zvážiť, aby krajiny dokázali maximalizovať zdroje a dosahovať optimálne výsledky v oblasti zdravia.

Efektívne zdravotné služby majú podľa Svetovej správy o zdraví a zlepšovaní výsledkov zdravotných systémov (WHO)¹³ nasledujúce charakteristiky:

- priority sú stanovené do oblasti esenciálnych služieb;
- adekvátna organizácia a financovanie;
- konzistentné poskytovanie služieb;
- stimuly, ktoré posilňujú priority;

- ▶ náležité vybavenie a zariadenie (priestorové, prístrojové, ...);
- ▶ náležitý výcvik a podpora pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Priority, organizácia a spravodlivé poskytovanie zdravotných služieb má priamy vplyv na zdravie populácie. Pri alokovaní zdrojov na zdravotné služby treba brať do úvahy aj ďalšie významné determinanty zdravia (ktoré však tiež súťažia o zdroje) ako školstvo, politika zamestnanosti a boj proti chudobe. Keďže vo všetkých krajinách náklady na potenciálne intervencie prevyšujú zdroje alokované na zdravotníctvo, každý zdravotný systém musí čo najlepšie využiť dostupné zdroje a reagovať na prioritné potreby.

Vo väčšine krajín, aj tam, kde majú limitovaný rozpočet, je možné poskytovať vysokokvalitné a dostupné esenciálne klinické a verejné zdravotné služby celej populácii. Minimálna úroveň výdavkov dokáže zabezpečiť základný rozsah esenciálnych klinických a verejných zdravotných služieb, ktoré môžu mať viditeľný vplyv na zdravie populácie. Napríklad v r. 1993 Svetová banka odhadovala, že výdavky vo výške 12 US\$ na osobu ročne v nízkopríjmových krajinách môžu bremeno chorobnosti zredukovať o jednu tretinu.^{11, 12, 14} Novšie odhady uvádzajú vyššie hodnoty, ale početné krajiny s nízkymi príjmami naďalej zápasia s problémom poskytovania esenciálnych vysokokvalitných služieb svojim obyvateľom. Lepšia alokácia zdrojov by mohla zlepšiť situáciu, ale mnohé krajiny s nízkymi príjmami nemajú finančné prostriedky ani politickú vôľu uskutočniť potrebné reformy.

Svetové správy o zdraví WHO po r. 2000 tiež kladú dôraz na význam primeraného poskytovania zdravotných služieb, najmä v správach z r. 2008 *Primárna zdravotná starostlivosť: teraz viac ako kedykoľvek predtým*¹⁵ a r. 2010 *Monitorovanie stavebných kameňov zdravotných systémov*.¹⁰ Na dosiahnutie lepších výsledkov je však potrebná fungujúca infraštruktúra a poskytovanie služieb so zdieľaním nákladov, pracovníkov a zdrojov. Nevyhnutný je aj dobre fungujúci systém odosielania, ktorý prepája zdravotné strediská a okresné nemocnice.

Dosahovanie neprestajného a podstatného zlepšovania zdravia obyvateľov si vyžaduje dlhodobé partnerské vzťahy a spoluprácu medzi vertikálne aj horizontálne dobre integrovanými programami. Vertikálne programy sa zameriavajú na konkrétny cieľ, napr. na očkovanie detí. To si vyžaduje efektívnu výrobu, dodávky a podávanie vakcín. Horizontálne programy koordinujú viaceré úlohy na dosiahnutie širšie koncipovaných cieľov. Napríklad prežívanie detí sa zvyšuje očkovaním, ale podstatnejšie sa dá zvýšiť prostredníctvom integ-

rovaných programov, ktoré sa venujú výžive, hygiene, očkovaniu, diagnostike a liečbe infekčných ochorení. Tzv. „vybrané jadrové balíčky“ alebo iné formy „selektívneho“ prístupu k primárnej starostlivosti nevedú k trvalému zlepšeniu zdravia, pokiaľ nie sú zabudované do komplexnejšieho systému poskytovania zdravotných služieb. To je zjavné najmä v prípade, ak máme do činenia so zložitými problémami ako HIV/AIDS a tuberkulóza, ktorá si vyžaduje mnohorakú, integrovanú a trvalú odpoveď. Zdravotné systémy, ktoré poskytujú vyváženú preventívnu a liečebnú starostlivosť, riešia problémy zdravia, ktoré v konkrétnej lokalite prevažujú, a poskytujú nákladovo najefektívnejšie terapie, majú väčší predpoklad redukovať nerovnosť vo výsledkoch v oblasti zdravia.⁴

Generovanie ľudských a materiálnych zdrojov

Efektívne zdravotné systémy si vyžadujú rozmanitosť poskytovateľov a zariadení, usporiadaných tak, aby poskytovali esenciálne preventívne a klinické služby na základe miestnych potrieb, dostupných zdrojov a pri udržateľných nákladoch. To zahŕňa primeraný počet zdravotníkov, ktorí majú potrebné vzdelanie a výcvik. Potrebujú adekvátny mix zručností a mali by mať k dispozícii potrebné zariadenia a vybavenie na presnú diagnostiku a liečbu. Ich geografické rozmiestnenie musí zodpovedať potrebám obyvateľov. Investície do pracovnej sily v zdravotníctve môžu vyžadovať až dve tretiny rozpočtu krajiny na zdravotníctvo, musia však zabezpečiť potrebný počet, typ a rozmiestnenie zdravotníkov na zabezpečenie potrebného spektra individuálnych aj verejných služieb zdravotnej starostlivosti. Aby sa alokovali zodpovedajúce prostriedky na odbornú prípravu vyvázenej štruktúry zdravotníkov, treba prihliadať na zdravotné potreby a priority obyvateľov, ktorým majú slúžiť, na dostupné zdroje a na to, ako všetci členovia zdravotného systému budú spolupracovať s cieľom poskytovať komplexné služby. V súčasnosti štruktúra zručností malého počtu drahých zdravotníkov často nezodpovedá zdravotným potrebám obyvateľov.¹⁶

Určenie vhodnej kombinácie dostupných lekárov a odborností bude skôr úspešné, ak sa bude robiť v spojení s analýzou očakávaní za každú medicínsku disciplínu, ako aj za ďalšie kategórie pracovníkov zdravotníctva. Neexistuje len jediný prístup a efektívna stratégia pre oblasť pracovných síl bude pre každú krajinu odlišná, keďže musí brať do úvahy miestne faktory a historický kontext.¹⁵

Napríklad nedostatok lekárov pre prácu v odľahlých oblastiach sa dá posúdiť realistickejšie, keď sa vezme do úvahy dostupnosť zdravotníkov, ktorí by mohli poskytovať konkrétnu zdravotnú starostlivosť pod dohľadom lekárov, ako aj existencia adekvátnych systémov odosielania pacientov. Podobne, reakcia na rozšírený nedostatok sestier by bola efektívnejšia, ak sa v rámci procesu plánovania identifikuje, čo odrádza zdravotníkov od práce sestry, a určia sa opatrenia na uplatnenie spolupráce medzi zdravotníkmi.

Komplexný prístup k rozvoju ľudských zdrojov je esenciálny pre zabezpečenie dostatočného počtu a potrebných zameraní zdravotníkov pre zdravotný systém. To si vyžaduje aktívne plánovanie, silné inštitúcie a reguláciu v oblasti kvality. Skôr sa podarí dosiahnuť optimálne výsledky, keď majú vzdelávacie inštitúcie, profesijné združenia a organizácie zdravotnej starostlivosti spoločnú víziu týkajúcu sa pracovného profilu každého zdravotníka vrátane základných požiadaviek na vzdelanie, pracovné podmienky, odmeňovanie a možnosti kariérneho rozvoja. Taký typ spolupráce zabezpečí konzistentnosť, vzájomnú podporu a synergiu.¹⁵

V r. 1995 Svetové zdravotnícke zhromaždenie (WHA) formálne konštatovalo potrebu lepšie koordinovaného prístupu v oblasti rozvoja ľudských zdrojov v prijatej rezolúcii WHA 48.8 o preorientovaní medicínskeho vzdelávania a praxe na zabezpečenie zdravia pre všetkých¹⁷ (pozri Prílohu B), v ktorej apelovalo na členské štáty, aby:

- ▶ spolupracovali so všetkými dotknutými orgánmi, vrátane profesijných združení, pri definovaní žiaduceho profilu budúcich lekárov a kde je to vhodné, aby stanovili jednotlivé a doplnujúce úlohy pre všeobecných praktikov a pre špecialistov a ich vzťahy aj s ďalšími poskytovateľmi primárnej zdravotnej starostlivosti, aby sa zabezpečilo lepšie reagovanie na potreby ľudí, aby sa ich zdravotný stav zlepšoval;
- ▶ podporovali výskum zdravotných systémov na určenie optimálnych počtov, kombinácie, nasadenia, infraštruktúry a pracovných podmienok lekárov, aby sa dosiahla ich lepšia relevantnosť a nákladová efektívnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

WHO popísala stratégie na realizáciu tejto rezolúcie a sprievodnej reformy zdravotnej starostlivosti, lekárskej praxe a medicínskeho vzdelávania – všetky si vyžadujú rozvoj lepšie reagujúcej a efektívnej pracovnej sily.¹⁸

Rezolúcia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia 57.19 z r. 2004¹⁹ apeluje na členské štáty, aby:

- rozvíjali stratégie na zmiernenie nežiaducich vplyvov migrácie zdravotníkov a minimalizovali jej negatívne dôsledky pre zdravotné systémy;
- zaviedli mechanizmy na zmiernenie nežiaducich vplyvov na rozvíjajúce sa krajiny, ktoré trpia únikom zdravotníkov v dôsledku migrácie, vrátane mechanizmov na strane prijímajúcich krajín na podporu a posilnenie zdravotných systémov, najmä na rozvoj ľudských zdrojov, v krajinách pôvodu.

Významná rezolúcia pre oblasť rodinného lekárstva bola Rezolúcia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia 62.12, z r. 2009,²⁰ ktorá apelovala na členské štáty, aby:

- odborne pripravili a udržali si adekvátny počet zdravotníkov s potrebnými zručnosťami, vrátane zdravotných sestier primárnej starostlivosti, pôrodných asistentiek, ďalších zdravotníkov a **všeobecných praktikov**, ktorí budú vedieť pracovať v multidisciplinárnom kontexte, v spolupráci s neprofesionálnymi komunitnými zdravotníkmi, aby efektívne reagovali na zdravotné potreby ľudí.

Prístup k zabezpečeniu materiálnych zdrojov je podobný ako prístup k tvorbe ľudských zdrojov. Najefektívnejší je vtedy, keď priority odrážajú zdravotné potreby obyvateľov, ktoré majú uspokojovať, a keď sa koordinujú s dostupnými zdrojmi a sú konzistentné s kontinuálnou presnou inventarizáciou. Tak sa dajú maximalizovať dostupné finančné prostriedky a zdravotníci budú mať zariadenia na uplatnenie svojich zručností optimálnym a nákladovo efektívnym spôsobom. Je však veľa prípadov, keď sa tieto usmernenia nedodržiavajú, napriek ich intuitívnej logike. Napríklad krajiny môžu investovať do drahých zariadení terciárnej starostlivosti, ale pritom nebudú naplňovať základné potreby obyvateľov v rámci primárnej starostlivosti. Nedávny „Svetový konsenzus za spoločenskú zodpovednosť medicínskych škôl“ ponúka zaujímavú škálu strategických smerovaní na pomoc inštitúciám na vzdelávanie zdravotníkov, aby lepšie reagovali na prioritné zdravotné potreby ľudí a úlohy, ktorým čelia zdravotné systémy v krajinách.²¹

V správe *Lancet* „Zdravotníci pre nové storočie: transformácia vzdelávania na posilnenie zdravotných systémov vo vzájomne závislom svete“²² autori zdôraznili potrebu zvýšiť ľudské zdroje pre zdravotnú starostlivosť na kontinentoch. Správa okrem toho aj vyzýva inštitúcie na vzdelávanie zdravotníkov, aby sa zapojili do procesu „transformačného štúdia“ s dôrazom na medziodborové štúdium s cieľom pripravovať absolventov, ktorí budú nielen dobrí „vedeckí

pracovníci“ a nielen dobrí „poskytovatelia zdravotnej starostlivosti“, ale ktorí dokážu fungovať aj ako „činitelia zmeny“, aby sa poskytovanie zdravotnej starostlivosti neustále zlepšovalo.

Financovanie zdravotných systémov a odmeňovanie zdravotných služieb

Kontext financovania poskytovania zdravotných služieb odráža hodnoty, históriu a kultúru každej krajiny. Väčšina krajín uplatňuje kombináciu verejného a súkromného financovania zdravotných služieb. Bez ohľadu na východiskovú situáciu, systémy financovania sa časom musia prispôbovať, pretože sa menia aj požiadavky na ne.

Svetová správa o zdraví z r. 2010¹⁰ identifikovala úlohu financovania zdravotného systému v smerovaní k univerzálnemu zdravotnému pokrytiu. V tejto správe WHO uvádza, ako môžu krajiny upraviť svoj systém financovania, aby rýchlejšie dospeli k univerzálnemu pokrytiu a dokázali zabezpečiť jeho udržateľnosť.

Príjmy pre zdravotný systém možno získavať prostredníctvom daní, povinného alebo dobrovoľného súkromného poistenia, alebo prostredníctvom platieb od pacientov. Ukázalo sa, že platby od pacientov za zdravotné služby obmedzujú dostupnosť zdravotnej starostlivosti, vylučujú najchudobnejších členov spoločnosti. Združovanie (pooling) finančných prostriedkov kombinuje príjmy, takže náklady na zdravotnú starostlivosť sa rozložia na skupinu namiesto toho, aby každý jednotlivec kupoval zdravotné služby samostatne, pričom alokácia sa môže upraviť tak, aby podporovala spravodlivosť v dostupnosti. Strategické kupovanie využíva viaceré mechanizmy na vytvorenie stimulov a spravodlivé efektívne rozdeľovanie služieb na základe priorít, ktoré zodpovedajú potrebám spoločnosti a sú nákladovo efektívne, pričom sa vyvažuje miestna zodpovednosť a kompetencie s centralizovanejšími smernicami.^{10, 13, 52}

Kedže finančné zdroje pre zdravotníctvo nie sú neobmedzené, zdravotné systémy musia limitovať dostupnú starostlivosť. Niektoré systémy využívajú cenové kontrolné mechanizmy na obmedzenie celkového rozpočtu alebo pokrytia drahých terapií. Iné uplatňujú stratégie na kontrolu odosielania na poskytnutie špeciálnych služieb, napríklad vyžadujú od pacientov, aby najprv navštívili lekára primárnej starostlivosti, alebo aby najprv získali schválenie platby za výkon u špecialistu. Nech je systém akýkoľvek, ak sa nevyberajú prio-

rity a nefinancujú sa, nedá sa predpokladať, že do pokrytých služieb budú konzistentne zahrnuté nákladovo efektívne terapie, alebo že sa s dostupnými zdrojmi dosiahnu maximálne výsledky.

Bez ohľadu na prijatý mechanizmus, dôležité je zabezpečiť, aby politiky financovania boli konzistentné s prioritami zdravotnej starostlivosti krajiny a systémy odmeňovania postačovali na získavanie, vyškolenie a motiváciu kompetentnej pracovnej sily tak, aby to zodpovedalo potrebám populácie, ktorej sa má starostlivosť poskytovať. Požiadavky systémov platieb na odmeňovanie zložitých úloh, ktoré vykonávajú rodinní lekári, sú rozpracované v Kapitole 5, časť 5.3.

Spoločná správa WONCA, WHO a Royal College of General Practitioners v Spojenom kráľovstve o financovaní lekárov poskytuje užitočný prehľad mechanizmov financovania s konkrétnym poukázaním na rodinných lekárov a ich úlohu ako poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti.²³

Zber údajov

Systematické získavanie presných informácií je potrebné na náležité rozhodovanie o službách, o zdrojoch a financovaní na základe zistených problémov, určených priorit a taktiež na vyhodnotenie výsledkov.

Tradičné štatistiky o úmrtnosti, chorobnosti a narodených deťoch sa dajú rozšíriť o štandardizované dátové súbory pre ambulantnú starostlivosť, ktoré rutinne hlásia problémy a diagnózy v ambulantnej praxi. Na dosiahnutie maximálnej efektívnosti a konzistentnej odpovede od vyťažených praktických lekárov treba navrhnúť jednoduché a efektívne systémy na zber dát, ktoré integrujú funkcie individuálneho aj verejného zdravia. Tieto dáta sa stávajú cenným zdrojom výskumu zdravia. Prieskumy populácií mimo zdravotných zariadení poskytujú ďalšie možnosti lepšieho pochopenia zdravotných potrieb obyvateľov.

Informačné systémy v krajinách sa často plánujú a riadia bez dostatočných vstupov z úrovne okresov a nižších zdravotných jednotiek, na ktorých sa však uskutočňujú hlavné úkony v oblasti zdravia. Kľúčová stratégia je decentralizácia informačného systému, aby sa dal efektívnejšie využívať na uskutočňovanie individuálnych aj komunitných intervencií. Príklady relevantných komunitných dát zahŕňajú hlásenia prípadov vypuknutia infekčnej choroby; identifikáciu vysokorizikových žien, detí a rodín; pokrytie znevýhodnených obyvateľov a poskytovanie zdravotných a sociálnych služieb týmto obyvateľom.

Vodcovstvo

V konečnom dôsledku je to vždy vláda, ktorá nesie zodpovednosť za dohľad nad výkonnosťou svojho zdravotníctva, pričom všetci tí, čo sú zapojení do poskytovania zdravotných služieb, prispievajú k smerovaniu systému k lepším výsledkom. Medzi vodcovské funkcie patrí definovanie vízie, stanovenie orientácie, rozvíjanie zdravotnej politiky, stanovovanie noriem a nariadení, zber informácií a reagovanie na ne. Efektívni vodcovia učia svojím príkladom, zapájajú účastníkov a smerujú zdravotný systém k poskytovaniu najkvalitnejšej zdravotnej starostlivosti pre všetkých pri nákladoch, ktoré si systém môže dovoliť.

Zodpovedné spravovanie, aspekt vodcovstva, znamená pozorný dohľad nad všetkými dostupnými zdrojmi, aby sa systém zachoval a posilnil a bol prínosom pre všetkých. Znamená to aj zodpovednosť za mobilizovanie a presvedčanie vplyvných partnerov na zdravotnej scéne, aby spojili sily a dohodli sa na spolupráci.¹³

V krajinách, ktoré sú vo veľkej miere závislé od externého financovania, medzinárodná pomoc by mala byť zosúladená s národnou zdravotnou politikou dotknutej krajiny. Parížska deklarácia Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) a Akčný program z Akry o efektívnom poskytovaní pomoci sú v tomto smere užitočné zdroje informácií.²⁴

2.4 TRENDY OVPLYVŇUJÚCE POSKYTOVANIE ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB

Napredovanie v oblasti vzdelávania, hospodársky rozvoj, správanie ovplyvňujúce zdravie, verejná politika, veda, technika a verejné zdravie priniesli za posledných 50 rokov dramatické zlepšenie zdravotného stavu. Kvalitu a dĺžku života zlepšila hygiena, čistejšie životné prostredie, zdravší životný štýl, výživa, antimikrobiotiká, očkovanie, plánovanie rodičovstva, pokrok v diagnostikovaní, terapiách a chirurgických postupoch. Do veľkej miery sa v dôsledku týchto opatrení očakávaná dĺžka života v krajinách s nízkymi príjmami zvýšila zo 40 rokov v r. 1950 na viac ako 65 rokov v r. 1997.²⁵ Ľudia všade vo svete žijú teraz takmer o 25 rokov dlhšie ako ich predchodcovia s podobnou úrovňou príjmov v r. 1900.

Dobrý zdravotný stav prispieva k zlepšeniu celkovej kvality života a k rastu ekonomickej produktivity. Tieto výsledky však neplatia rovnako pre všetkých

obyvateľov sveta. Viac ako miliarda ľudí žije v chudobe, nemá prístup k základnej zdravotnej starostlivosti a vzdelaniu, bezpečnej pitnej vode a primeranej výžive. Ako uvádza Správa o rozvoji ľudstva z r. 1996, rozvoj ľudstva za posledných 30 rokov predstavuje „zmiešaný obraz bezprecedentného pokroku a nevysloviteľnej biedy človeka.“²⁶

Správa WHO 2008 o sociálnych determinantoch zdravia a rovnosti v zdraví⁴⁹ zdôrazňuje, aké je dôležité zlepšovať každodenné životné podmienky a riešiť nespravodlivú delbu moci, peňazí a zdrojov a aké je potrebné merať a pochopiť problém nespravodlivosti v oblasti zdravia. Správa okrem iného konštatuje, že

zdravotné systémy dosahujú lepšie výsledky v oblasti zdravia, ak sú postavené na primárnej zdravotnej starostlivosti, to znamená tak model primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorý kladie dôraz na lokálne primerané opatrenia naprieč celou škálou sociálnych determinantov, kde prevencia a podpora sú v rovnováhe s investíciami do liečebných intervencií, ako aj dôraz na primárnu úroveň starostlivosti s adekvátnym systémom odosielania pacientov na vyššie úrovne starostlivosti.

Na dosiahnutie optimálnych výsledkov v bohatých aj chudobných krajinách plánovanie pre oblasť zdravia musí riešiť sledovanie trendov v dotknutej spoločnosti: bremeno chorobnosti, meniace sa vzorce ochorenia, rast populácie, starnutie populácie a globalizáciu.

Bremeno chorobnosti

Napriek tomu, že sme svedkami nevídaného zlepšenia celkového zdravotného stavu, WHO zdokumentovala obrovské zdravotné problémy, ktoré pretrvávajú.^{27, 28}

V období medzi r. 1990 a 2002 sa priemerný celkový príjem zvýšil približne o 21 %. V tom období počet ľudí žijúcich v extrémnej chudobe klesol o odhadovaných 130 miliónov; miera detskej úmrtnosti klesla zo 103 úmrtí na 1000 živo narodených detí za rok na 88; očakávaná dĺžka života vzrástla zo 63 rokov na takmer 65 rokov; ďalších 8 % obyvateľov krajín tretieho sveta získalo prístup k vode; a ďalších 15 % získalo prístup k lepším hygienickým podmienkam.

Pritom v období medzi r. 1975 a 1995 spolu 16 krajín zaznamenalo pokles očakávanej dĺžky života. Zatiaľ čo niektoré populácie dosiahli nízku fertilitu

a nízku úmrtnosť, predčasná úmrtnosť v mnohých regiónoch naďalej zostáva neprijateľne vysoká. Približne 10 miliónov detí mladších ako 5 rokov každý rok umiera najmä pre príčiny, ktorým sa dá predísť; u 30 % prípadov je smrť zapríčinená podvýživou. Viac ako pol milióna žien umiera priamo na následky komplikácií v gravidite a pri pôrode.²⁷

Za týmito štatistikami treba vidieť obrovské utrpenie, ktorému by sa dalo predísť.

Dokonca aj v bohatých krajinách je bremeno chorobnosti významné. Tak ako v prípade krajín s nízkymi príjmami, príjmová nerovnosť má nepriaznivý vplyv na zdravie ľudí žijúcich na nižšej sociálnej úrovni. Nadužívanie diagnostických technológií môže prispievať k falošným pozitívnym diagnózam, nákladnému následnému vyhodnocovaniu, nepotrebné liečbe a zbytočným nákladom. Iatrogénne problémy súvisiace s pochybeniami, nepriaznivými účinkami liečby a kontraindikovaná starostlivosť sa javia ako faktory, ktoré významne prispievajú k bremenu chorobnosti tak u obyvateľov s nízkymi príjmami, ako aj u obyvateľov s vysokými príjmami.²⁹

V štúdií „Svetové bremeno chorobnosti z r. 2010“ sa uvádzajú meniace sa celosvetové vzorce ochorení, úrazov a rizík.²⁸ Štúdiá sa zameriava na postihnutie, ktoré je následkom napr. poruchy duševného zdravia, zneužívania látok, muskuloskeletálnych ochorení, diabetu, chronickej choroby pľúc, anémie, straty zraku a sluchu. Viac ľudí bude viac rokov svojho života prežívať s viacerými chorobami – to je multimorbidita. To bude nová výzva pre rodinné lekárstvo a primárnu zdravotnú starostlivosť.

Meniace sa vzorce ochorení

Vzorce ochorení sa medzi krajinami výrazne líšia, čo sa prejavuje aj v odlišných vplyvoch na zdravotné systémy. Vo väčšine krajín za posledných 40 rokov klesla úmrtnosť v dôsledku prenosných ochorení, ale miera chorobnosti na tieto ochorenia, ktorým sa vo veľkej väčšine dá predísť, je ešte stále vysoká v krajinách s nízkymi príjmami. Napríklad v subsaharskej Afrike približne 70 % bremena chorobnosti pripadá na prenosné choroby, ale tieto choroby predstavujú len 10 % záťaže v industrializovaných krajinách. Viac ako 36 miliónov ľudí v súčasnosti žije s HIV/AIDS, ale viac ako 70 % HIV-pozitívnych osôb žije v Afrike.³⁰ V krajinách s vysokými príjmami prevládajú neprenosné choroby ako napr. kardiovaskulárne problémy, rakovina, diabetes.¹¹

Navyše, všetky krajiny stoja pred novými zdravotnými výzvami. Rastúce bremeno AIDS, na lieky rezistentná malária a tuberkulóza, rakovina, srdcovo-cievne a pľúcne ochorenia, pod ktoré sa podpísal tabak – to všetko môže zmariť nedávny nárast dlhovekosti. Svetové spoločenstvo bude aj naďalej čeliť dôležitým prioritám, ako zabezpečiť adekvátne a bezpečné zásobovanie potravinami a vodou, nekontaminovanú krv a čistý vzduch.

Populačný rast

Miera ročného rastu svetovej populácie dosiahla vrchol 2 % v rokoch 1965 – 1970, klesla na 1,16 % počas obdobia 2005 – 2010 a do obdobia 2045 – 2050 je projektovaný pokles na 0,44 % ročne. Priemerný počet detí na jednu ženu klesol z 4,45 v 1970 – 1975 na 2,52 v 2005 – 2010, aj keď tento celosvetový priemer zahŕňa veľké rozdiely medzi krajinami.³¹ Niektoré krajiny so strednými a nízkymi príjmami už dosiahli stabilnú úroveň populácie približne 2,1 detí na rodinu a očakáva sa, že 132 krajín dosiahne celkovú mieru fertility 2,1 alebo menej do roku 2045 – 2050.³¹

Svetová populácia však bude naďalej rásť a každý rok, do roku 2010, pribudne približne 80 miliónov ľudí a potom sa očakáva postupné zmenšovanie prírastku na úroveň 40 miliónov do roku 2050. Projekcie rastu svetovej populácie hovoria o náraste zo 7 miliárd v r. 2013 na 9 miliárd v r. 2050, pričom k tomuto nárastu dôjde v rozvíjajúcich sa krajinách. Odhady hovoria, že tento nárast bude sprevádzať aj podstatné zvýšenie počtu ľudí, ktorí žijú na úrovni životného minima alebo pod ňou, čo bude spôsobovať ďalší tlak na systémy poskytovania zdravotných služieb.

Starnutie obyvateľstva

Starnutie obyvateľstva je ďalší sociálny jav, ktorý bude mať ďalekosiahle dôsledky v oblasti zdravia vo všetkých krajinách. K roku 2011 podiel starších osôb vo vyspelých krajinách prevýšil podiel detí a projekcie do roku 2050 ukazujú, že počet seniorov bude približne dvakrát vyšší ako počet detí. Aj v menej vyspelých krajinách sa prognózuje rýchle starnutie obyvateľstva a predikcia je, že do roku 2050 podiel seniorov dosiahne 20 %.³¹ Úbytok pracovnej sily vo vekovej kategórii 30 a menej rokov a zvyšujúci sa počet obyvateľov starších ako 65 rokov bude znamenať záťaž pre dôchodkové fondy a bude si

vyžadovať zvýšenie podielu hrubého domáceho produktu alokovaného do zdravotnej starostlivosti, keďže starší dospelí spotrebúvajú väčší objem aj percento zdrojov zdravotnej starostlivosti.

Chronické ochorenia sú na celom svete najčastejšou príčinou smrti.⁵¹ V r. 2002 hlavné chronické ochorenia (kardiovaskulárne ochorenia, rakovina, chronické respiračné ochorenie a diabetes) boli príčinou 29 miliónov úmrtí na celom svete. Napriek silnejúcim dôkazom o epidemiologických a ekonomických vplyvoch³² a napriek tomu, že OSN po prvý raz vo svojej histórii zvolala stretnutie na vysokej úrovni venované prevencii a kontrole neprenosných ochorení v roku 2011,³³ reakcia sveta na tento problém nie je adekvátna.

Klasický prístup k chronickým ochoreniam, vychádzajúci z orientácie na jediné ochorenie, bude problematický vzhľadom na čoraz väčší výskyt multimorbidity. Od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti si to bude vyžadovať posun od paradigmy „na problém orientovanej“ starostlivosti k paradigme „na cieľ orientovanej“ starostlivosti.³⁴

Globalizácia

Svetová ekonomika a politické sily tiež ovplyvňujú zdravie populácie, alokovanie zdrojov a poskytovanie zdravotných služieb. Politické a ekonomické zmeny podporili cestovanie do zahraničia, a tak prispeli aj k zvýšenej pravdepodobnosti šírenia chorôb. Emigrácia v dôsledku ekonomickej deprivácie kladie veľké nároky na zdravotníctvo prijímajúcej krajiny. Etnické a politické vojny v krajinách a medzi národmi majú za následok milióny utečencov nútených žiť v nehygienických podmienkach, ktoré sú živnou pôdou pre choroby.

Globalizovaný svet ovplyvňuje aj presuny zdravotníkov. Napríklad viac ako polovica všetkých migrujúcich lekárov a zdravotných sestier pochádza z rozvíjajúcich sa krajín. Zdravotné systémy vo viacerých krajinách s vysokými príjmami sú vo veľkej miere závislé od lekárov a sestier, ktoré absolvovali vzdelanie v zahraničí. Za posledných 30 rokov v mnohých krajinách Európy počet zdravotníkov – migrantov rástol rýchlejšie ako o 5 % ročne. Približne 20 % lekárov pôsobiacich v krajinách OECD pochádza zo zahraničia. Veľké platové rozdiely a zlé pracovné podmienky často vyústia do rozhodnutia emigrovať, čo má za následok nedostatok kvalifikovaných pracovníkov v krajine, odkiaľ imigranti pochádzajú.³⁵

Počítačom sprostredkované informácie umožňujú rýchly prístup k dôkazom a riadiacim systémom, ktoré majú potenciál zlepšovať kvalitu sta-

roastlivosti vo svete. Globalizácia má vplyv aj na medicínske vzdelávanie, pri ktorom sa využívajú výmenné pobyty študentov, pedagógov na celom svete, umožňuje sa účasť na medzinárodných konferenciách a používajú sa podobné učebnice. Ministerstvá školstva a zdravotníctva, medzinárodné mimovládne organizácie a WHO skúmajú štandardý akreditácie pre lekárske fakulty, pri ktorých sa zohľadňujú jednotné kritériá pri zachovaní dostatočnej flexibility umožňujúcej reagovať na odlišné miestne potreby a podmienky.^{21, 36–38}

Malé, ale rastúce percento výkonu zdravotných služieb sa uskutočňuje v rámci svetového trhu. Mnohé farmaceutické spoločnosti, reťazce nemocníc, veľké zdravotné poisťovne a organizácie na udržiavanie zdravia sa stávajú nadnárodnými zdravotnými korporáciami. Tieto korporácie by mohli štandardizovať očakávania v súvislosti s financovaním a poskytovaním zdravotných služieb naprieč krajinami, skôr ale budú reagovať na sily medzinárodných trhov a záujmy akcionárov ako na potreby miestneho obyvateľstva. Takým spôsobom, pokiaľ im nezáleží na spravodlivosti, ich sústredenie na zisk môže spôsobiť, že chudobní a ďalšie znevýhodnené skupiny obyvateľov nebudú mať prístup k starostlivosti.

Medzi ďalšie globálne sily patria hnutia na privatizáciu, komercializáciu a decentralizáciu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Dokonca aj medzi krajinami, kde sú zdravotná politika aj zdravotné služby orientované na verejný sektor, existujú krajiny, kde vlády podporujú potenciálne zapojenie súkromného sektora ako prostriedku na zvýšenie nákladovej efektívnosti a – v niektorých prípadoch – na presun nákladov. Komerčné záujmy však môžu zatieniť humánne etické aspekty a pocit zodpovednosti u poskytovateľov starostlivosti a v akademických organizáciách.³⁹

2.5 VÝZVY OPTIMALIZÁCIE POSKYTOVANIA ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB

Zdravotné systémy popri tom, že reagujú na spomenuté spoločenské trendy, zabezpečia všade na svete svojim investíciám vyššiu hodnotu, ak budú riešiť 4 významné problémy zdravotnej starostlivosti, a to (1) nesprávne pridelovanie zdrojov, (2) nespravodlivú distribúciu služieb, (3) neefektívnosť a (4) rýchlo rastúce náklady.¹¹

Nesprávne pridelovanie zdrojov

Nesprávne pridelovanie verejných zdrojov je jeden z najväznejších problémov, ktoré bránia bohatým a chudobným krajinám adekvátne reagovať na prioritné zdravotné potreby. Prostriedky sa často vynakladajú na intervencie s nízkou nákladovou efektívnosťou, zatiaľ čo nákladovo efektívnejšie intervencie nie sú financované v dostatočnej miere. Verejné prostriedky sa možno vynakladajú na vysoko nákladovú nemocničnú starostlivosť, ktorá neúmerne slúži bohatšiemu mestskému sektoru. V niektorých krajinách jediná terciárna nemocnica možno absorbuje 20 % alebo viac z rozpočtu ministerstva zdravotníctva, na úkor poskytovania efektívnejšej klinickej starostlivosti prostredníctvom menších zdravotných zariadení, decentralizovaných v mestských alebo vidieckych komunitách.¹¹ Zdroje, ktorých je nedostatok, sa možno vynakladajú na vzdelávanie príliš vysokého počtu lekárov, na prípravu štruktúry špecialistov, ktorá nezodpovedá potrebám spoločnosti alebo lekárov, ktorí nebudú vykonávať prax tam, kde sú najviac potrební, predovšetkým vo vidieckych oblastiach a medzi chudobnými.

Nespravodlivá distribúcia služieb

Po stanovení priorít je dôležité poskytovať starostlivosť konzistentne a spravodlivo. Nerovnosť v zdravotnej starostlivosti je bežná aj v najbohatších krajinách a je významne previazaná s príslušnosťou k sociálnej triede. Niektoré menej bohaté krajiny zredukovali výslednú nerovnosť tým, že esenciálne služby poskytujú všetkým, ale ešte stále existujú významné rozdiely, ktoré treba vyriešiť, ak sa má dosiahnuť cieľ – všeobecná zdravotná starostlivosť pre všetkých. Sú bohaté krajiny, ktoré vynakladajú veľa prostriedkov, ale dosahujú menšie želané výsledky, pretože v systéme existuje nerovnosť pri poskytovaní esenciálnych služieb. Chudobní obyvatelia často dostávajú menej kvalitnú starostlivosť, keďže nie je dostatok zdrojov a programy, ktoré majú naplňovať ich potreby, sa realizujú nerovnomerne. Poskytovanie konzistentných a vysokokvalitných služieb je špecifický problém vo vidieckych oblastiach s nízkou hustotou osídlenia a menšou občianskou vybavenosťou, čo také oblasti robí neatraktívnymi pre potrebnú štruktúru a počet zdravotníkov (*pozri* Kapitolu 5, časť 5.4).

Neefektívnosť

Organizácia zdravotných služieb má významný vplyv na výsledky v oblasti zdravia.

Zdravotné služby môžu byť vysoko centralizované a koordinované, ale môžu byť aj fragmentované, s mnohými prekrývajúcimi sa systémami, ktoré fungujú súčasne. Centrálna koordinácia môže zlepšiť efektívnosť, ale zároveň tlmiť autonómnosť a inovácie. Viaceré zdravotné systémy môžu stimulovať kreativitu, ale môžu spôsobovať fragmentáciu, redundantnosť a nedostatočné využitie limitovaných zdrojov. Môže sa stať, že zdravotníci nebudú adekvátne využití a nebudú mať adekvátny dohľad. Časté oddelenie a nedostatočná koordinácia verejných preventívnych služieb a individuálnych klinických služieb vytvára ďalšiu neefektívnosť. Svetová správa o zdraví WHO z r. 2010 zdôrazňuje, že neefektívnosť môže „spotrebovať“ až 20 % – 40 % celkových nákladov na zdravotníctvo.¹⁰ Je preukázané, že pri riešení problémov svetového zdravia v 21. storočí treba zdravotné služby integrovať a že vertikálne organizované služby nie sú také efektívne. To navyše kladie dôraz na dôležitú úlohu komplexných primárnych služieb poskytovaných prostredníctvom všeobecného praktického lekárstva.⁵⁰

Rýchlo rastúce náklady

Všetky krajiny stoja pred podobnými výzvami, keď rozhodujú o tom, ako dosiahnuť najlepšie zdravotné výsledky v kontexte rastúcich nákladov a očakávaní. Rast nákladov na zdravotnú starostlivosť poháňajú viaceré faktory, napr. disproporčný nárast špecialistov, okamžite dostupné drahé technológie a poistné schémy s preplácaním platieb za výkony, čo spôsobuje rastúci dopyt po drahých vyšetreniach, postupoch a terapiách, pričom niektoré z nich nemusia byť spojené s vedecky podloženými dôkazmi o ich pozitívnych zdravotných výsledkoch.²⁹

Dôsledky na rozvoj pracovnej sily lekárov

Uvedené štyri výzvy optimálneho poskytovania starostlivosti sú vzájomne závislé. V mnohých krajinách napríklad nesprávne pridelovanie zdrojov viedlo k nadmerným počtom lekárov (čo zintenzívňuje konkurenciu) a k nadmerným výdavkom bez toho, aby priniesli výsledky vo forme lepšieho zdravotného stavu

obyvateľov. Všeobecní praktickí lekári často chýbajú a sú príliš nedostatočne pripravení, čo umocňuje aj kombinácia s rýchlo rastúcou populáciou špecialistov, ktorých príprava kladie dôraz na používanie sofistikovaných technológií pre hospitalizovaných pacientov s ochoreniami v pokročilom štádiu, a nie sú ideálni pre pacientov, ktorí potrebujú primárnu starostlivosť. Rozhodnutia týchto lekárov sú za spotrebou veľkej časti rozpočtu, ktorý krajina má na zdravotníctvo. Nárast nákladov zvyšuje voľba liekov a liečby, ktoré nemajú vedecky dokázanú hodnotu, alebo neopodstatnené spoliehanie sa na riešenie zdravotných problémov pomocou drahých sofistikovaných technológií.

Tieto krajiny by mohli dosiahnuť lepšie výsledky s rovnakou alokáciou zdrojov, ak by vzdelávali menej špecialistov a kladli dôraz na prípravu všeobecných praktických lekárov a nasmerovali činnosť špecialistov tak, aby fungovali ako konzultanti, a nie poskytovatelia primárnej starostlivosti vo svojej špecializovanej oblasti.

2.6 NAPŔŤANIE VÝZIEV PROSTREDNÍCTVOM PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Rozdiely medzi možnosťami zlepšiť zdravotný stav obyvateľov a skutočnými zdravotnými výsledkami viedli k množstvu reakcií na strane komún a svetoví lídri v oblasti zdravia sa začali zameriavať na fundamentálny význam primárnej zdravotnej starostlivosti.

Deklarácia z Alma-Aty⁴⁰ konštatovala, že primárna zdravotná starostlivosť je nákladovo najefektívnejší spôsob poskytovania esenciálnych zdravotných služieb. Všetkým krajinám bola adresovaná výzva, aby poskytovanie týchto služieb všetkým obyvateľom prijali za svoju prioritu. Primárna zdravotná starostlivosť bola vybraná preto, lebo má kapacitu komplexne reagovať na zdravotné potreby jednotlivca aj komún aj v situáciách, keď sú zdroje obmedzené. WHO sa vrátila k Deklarácii z Alma-Aty v r. 2008 a bol prijatý nový dokument s názvom „Teraz viac ako kedykoľvek predtým“, ktorý opäť zdôraznil významnú úlohu primárnej zdravotnej starostlivosti.¹⁵

Medzi jedinečné charakteristiky primárnej zdravotnej starostlivosti patrí prvý kontakt, kontinuita, komplexnosť a koordinácia.⁴ Navyše spôsob, akým sú tieto charakteristiky zorganizované a zapracované do systematického prístupu v rámci primárnych zdravotných systémov, je zreteľný a nezameniteľný (pozri Box 2.2).

BOX 2.2 Príklad pacienta primárnej starostlivosti

Pacient s nediferencovanou bolesťou hrudníka môže mať muskuloskeletálne, srdcové, pľúcne, gastrointestinálne alebo psychosomatické ochorenie. Namieisto okamžitého odosielania pacienta k špecialistovi ortopédovi, kardiológovi, pľúcnemu lekárovi, gastroenterológovi a odborníkovi na duševné zdravie sa pacienti s takýmito problémami dajú zvyčajne efektívne manažovať na úrovni všeobecného lekára v rámci primárnej starostlivosti.

Pacienti často majú viaceré zdravotné problémy. V prostredí primárnej starostlivosti sa ťažkosti ako hypertenzia, diabetes a udržiavanie dobrého zdravotného stavu dajú riešiť v rámci jednej návštevy lekára. Ak majú pacienti ťažkosti, ktoré sa nedajú riešiť v rámci primárnej starostlivosti, odosielajú sa ďalej na najvhodnejšiu úroveň odbornej starostlivosti. Primárna starostlivosť plní dôležitú koordinačnú funkciu.

Efektívnosť a spravodlivosť zdravotných systémov koreluje s ich orientáciou na primárnu zdravotnú starostlivosť. Táto korelácia je preukázaná v štúdií Barbary Starfield publikovanej v roku 1998, ktorá merala zdravotné výsledky v 12 západných rozvinutých krajinách vo vzťahu k charakteristikám ich zdravotnej politiky a praxe, ktorá odráža primárnu zdravotnú starostlivosť. Nižšia úmrtnosť, dlhšia očakávaná dĺžka života, nižšie výdavky na zdravotnú starostlivosť a vyššia spokojnosť obyvateľov so zdravotným systémom sa spájali s orientáciou krajiny na primárnu zdravotnú starostlivosť. Krajiny, ktoré náležite podporovali a poskytovali primárnu zdravotnú starostlivosť, dosahovali lepšie zdravotné výsledky pri menších nákladoch.^{4, 29} Ďalší výskum preukázal, že od väčšieho dôrazu na primárnu zdravotnú starostlivosť sa dá očakávať znižovanie nákladov na starostlivosť, lepšie zdravie vďaka prístupu k vhodnejším službám a redukovanie výrazných rozdielov v zdravotnom stave obyvateľov.⁴¹

2.7 STRATÉGIE REALIZÁCIE PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

V roku 1998, dve desaťročia po konferencii v Alma-Ate, WHO sponzorovala následné stretnutie v Alma-Ate, Kazachstan, aby preskúmala nové stratégie na dosiahnutie zdravia pre všetkých v 21. storočí. Účastníci popisovali výrazné zlepšenie zdravia v mnohých regiónoch po uplatnení stratégie primárnej sta-

roslivosti, ale v iných oblastiach sa zistilo zhoršenie zdravotného stavu. Dospeli k záveru, že prístup založený na primárnej zdravotnej starostlivosti viedol k významnému zlepšeniu výsledkov v oblasti zdravia. Za kľúčovú výzvu pre neúspešné oblasti označili nedôslednosť realizácie a identifikovali nasledujúce predpoklady⁴⁰ pre efektívnu primárnu zdravotnú starostlivosť:

- ▶ podporujúca národná zdravotná politika s dlhodobými záväzkami;
- ▶ decentralizácia povinností a zodpovednosti;
- ▶ rozvíjanie kapacít na miestnej úrovni;
- ▶ akceptovateľné podmienky pre zdravotníkov;
- ▶ financovanie zabezpečujúce prístup k starostlivosti pre chudobných;
- ▶ pokračujúca snaha o zlepšovanie kvality;
- ▶ posilnenie komunity a spoluúčasti;
- ▶ udržateľné partnerstvá.

Tieto elementy v kombinácii s kontinuálnym cyklom plánovania, realizácie a monitorovania sa dajú využiť pri spravovaní zdravotného systému tak, aby sa zlepšovala jeho výkonnosť. Ďalšie stratégie posilnia poskytovanie primárnej zdravotnej starostlivosti. Patrí medzi ne komunitne orientovaná primárna starostlivosť a zlepšovanie spolupráce medzi zainteresovanými stranami.

Komunitne orientovaná primárna starostlivosť

Komunitne orientovaná primárna starostlivosť (KOPS) je systematický prístup k zlepšovaniu zdravotných služieb prostredníctvom integrovania klinickej medicíny a verejného zdravotníctva na komunitnej úrovni.^{42, 43, 53}

Vyžaduje si to postupnosť súvisiacich činností, ktoré zahŕňajú:

- ▶ zdefinovanie komunity na základe geografických, demografických alebo iných charakteristík;
- ▶ systematické vymedzenie zdravotných potrieb komunity;
- ▶ identifikovanie zdravotných problémov a určenie priorít;
- ▶ vypracovanie programov na riešenie priorít v rámci kontextu primárnej zdravotnej starostlivosti;
- ▶ vyhodnocovanie výsledkov.

Týmto spôsobom KOPS integruje individuálnu starostlivosť a starostlivosť založenú na potrebách obyvateľov, pričom spája klinické zručnosti všeobecného

praktika s epidemiológiou, preventívnou medicínou a podporou zdravia. Táto postupnosť je dynamický proces, ktorý nemusí byť lineárny. Niektoré komponenty môžu byť lepšie rozvinuté ako iné, niektoré sa môžu rozvíjať súčasne a iné bude treba riešiť opakovane postupom času. Základ však je, že tento proces je projektovaný na zlepšovanie zdravia obyvateľov prostredníctvom systematického uplatňovania princípov, ktoré preukázali najväčší prínos v oblasti zdravia komunit.

Tímy KOPS navrhujú špeciálne intervencie na riešenie prioritných zdravotných problémov. Tím pozostáva z pracovníkov primárnej zdravotnej starostlivosti a členov komunity, posudzuje zdroje, navrhuje strategické plány na riešenie zistených problémov. Intervencie, ktoré zapájajú aj účastníkov z komunity a berú do úvahy pohľad a obavy cieľovej populácie, majú väčšiu šancu na úspech. Konkrétne zdravotné ukazovatele sa priebežne monitorujú a merajú v priebehu času, aby sa mohla vyhodnotiť efektívnosť intervencií. Keď tímy majú k dispozícii výsledky predchádzajúcej činnosti, cyklus KOPS sa obnovuje s cieľom zlepšiť nasledujúce programy. Tímy postupne získavajú skúsenosti a získavajú ďalšie zdroje, dokážu anticipovať problémy, resp. výzvy a zvýšiť efektívnosť a rozsah činností.

Prehľad skúseností KOPS, od počiatkov v Južnej Afrike v rozpätí od 40-tych rokov 20. storočia po rok 1984 poskytuje údaje o efektívnosti programov KOPS pre rôzne zdravotné problémy v rôznych krajinách sveta.⁴² V novšom prehľade KOPS autori dospeli k záveru, že systém „KOPS preukázal výrazný vplyv na komunity, kde sa uplatňuje.“⁴⁴

Iní varovali, že rozvoj systému KOPS bol brzdený prostredím, v ktorom nedostával dostatočnú podporu, kde prístup nebol ucelený, ale rozkúskovaný, čím bránil komplexnej starostlivosti tam, kde boli problémy s realizáciou a problémy spojené s realokáciou zdrojov.^{45–47}

Stratégie, ktoré navrhujú navrhovatelia KOPS, poskytujú pozitívne prístupy k riešeniu separácie medzi verejným zdravotníctvom a individuálnou zdravotnou starostlivosťou, ku ktorej dochádza príliš často.

Zjednocovanie zainteresovaných prostredníctvom partnerstiev

Primárnu zdravotnú starostlivosť posúvajú dopredu aj kľúčoví hráči ako napríklad rozvojové banky, darcovské organizácie a vládne agentúry, resp. úrady, keď majú spoločné ciele, kolektívne povinnosti a zodpovednosť. Predpoklad, na ktorom stojí tento prístup, je, že prostriedky, ktoré sú k dispozícii, sa lepšie využijú,

keď sa politika poskytovania zdravotných služieb vyvíja spoločne pri spoluúčasti všetkých zainteresovaných strán a keď sa potom taká politika odráža aj v konzistentných alokáciách zdrojov a v inštitucionálnych rámcoch.⁴⁸ Medzinárodná pomoc by tiež mala byť zosúladená s národnou zdravotnou politikou krajín, ktoré sú do veľkej miery závislé od externého financovania.²⁴

Popri potrebe koordinovaného celosektorového prístupu významnou prekážkou poskytovania optimálnej primárnej zdravotnej starostlivosti je nedostatok súdržnosti a spolupráce vo vzťahoch medzi tými, čo sú zapojení do poskytovania zdravotných služieb. Projekt WHO sa nazýva **K jednote pre zdravie** (Towards Unity for Health) a jeho úlohou je zjednotiť ľudí a organizácie v koordinovanom prístupe k zdravotnej starostlivosti prostredníctvom partnerstiev medzi hlavnými aktérmi a zainteresovanými. Zainteresovaní sú tí, ktorí majú spoluúčasť alebo výhody zo zdravotného systému. Patria sem jednotlivci, komunity a programy v rámci tradičných zdravotných sektorov aj mimo nich. Zatiaľ čo mnohé skupiny prispievajú k optimálnemu fungovaniu zdravotných systémov, kľúčové zainteresované osoby zahŕňajú zdravotníkov, akademické inštitúcie, manažérov zdravotníctva, tvorcov politiky a komunity. Spolupráca medzi týmito zainteresovanými má najväčšie predpoklady zlepšiť celkové fungovanie zdravotných systémov (pozri Box 2.3). Medzinárodné rozvojové agentúry

BOX 2.3 Pentagón partnerstva



tiež môžu byť dôležitými partnermi predovšetkým v krajinách s vysokou mierou závislosti od externého financovania. Fragmentácia, ktorá existuje medzi týmito skupinami, sa dá prekonať prostredníctvom spoločných cieľov, v ktorých sú zabudované hodnoty: kvalita, spravodlivosť, relevantnosť a nákladová efektívnosť.² WHO a WONCA spolupracujú na viacerých iniciatívach zameraných na zlepšenie koordinácie a poskytovania zdravotných služieb (pozri Prílohu D).

Najdôležitejšie komponenty dobre fungujúceho zdravotného systému sú ľudia, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť. Patria medzi nich zdravotné tímy a lekári, ktorí v nich pôsobia.

Zdravotníci nepracujú vo vzduchoprázdne. Potrebujú systém, ktorý povzbudzuje a podporuje ich úsilie a ktorý poskytuje adekvátne zariadenia s dobrými pracovnými podmienkami. Vzhľadom na zložitosť zdravotných systémov, podstatný progres sa dá očakávať skôr vtedy, keď zdravotníci a ďalší zainteresovaní majú spoločné ciele a hodnoty. Ak sú tímy vytvorené vhodne, každý člen chápe zručnosti ostatných členov, môže sa na nich spoľahnúť, a tak spolu tvoria funkčný celok a môžu dosiahnuť čo najlepšie výsledky. Ako dosiahnuť optimálne fungovanie tímov primárnej starostlivosti, je podrobnejšie rozpracované v Kapitole 3.

Lekári primárnej starostlivosti sú pre dobre fungujúce tímy primárnej starostlivosti mimoriadne dôležití. Sú povolani liečiť širokú škálu pacientov na úrovni komunity, vrátane pacientov so zložitými poruchami. V určitých krajinách sú funkcie primárnej starostlivosti rozdelené medzi skupiny lekárov, pričom pediatri sa starajú o deti, internisti sa starajú o dospelých pacientov a pôrodníci o gravidné ženy. Sú však komunity, ktoré poznajú hodnotu všeobecných lekárov, ktorí sú cielene pripravovaní na poskytovanie starostlivosti celej komunite. Títo všestranní lekári sa nazývajú všeobecní praktici alebo rodinní lekári.

Rodinní lekári sú dôležitým článkom v rámci infraštruktúry dobre fungujúcich, koordinovaných, nákladovo efektívnych zdravotných systémov, ktoré reagujú na silné trendy a výzvy ovplyvňujúce poskytovanie zdravotných služieb so starostlivosťou, ktorá predstavuje uvažlivú rovnováhu kvality, spravodlivosti a relevantnosti. Rodinní lekári sú pripravení premostiť vzdialenosti medzi pacientmi a zdrojmi na zdravotníctvo individuálnym a verejným zdravím, komunitami a akademickými zdravotnými strediskami, pracovníkmi primárnej zdravotnej starostlivosti a špecialistami, v rámci kolegiálnej a zosúladenej práce s podobne orientovanými zdravotníkmi a zainteresovanými stranami. Funkcie, vzdelávanie a podpora rodinných lekárov, aby boli pripravení plniť tieto úlohy, sú popísané v nasledujúcich kapitolách.

ODKAZY

1. Boelen C, Neufeld V (eds). *Towards Unity for Health: case studies*. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Boelen C. *Towards Unity for Health: challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper*. Geneva: World Health Organization, 2000.
3. Boelen C. Building synergies. *Towards Unity For Health*. 2000; 2: 3.
4. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
5. Marmot M. "Social determinants of health inequalities." *Lancet*. 2005; 365: 1099–104.
6. World Health Organization. *Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. Report of a WHO Study Group on Problem-Solving Education for the Health Professions*. Geneva: World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 838).
7. Kahssay HM, Taylor ME, Berman PA. *Community Health Workers: the way forward*. Geneva: World Health Organization, 1998 (Public Health in Action, No.4).
8. Tarimo E. *Towards a Health District. Organizing and managing district health systems based on primary health care*. Geneva: World Health Organization, 1991.
9. Pan American Health Organization (PAHO). *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*, 2007. Available at: www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf
10. World Health Organization. *World Health Report 2010 – Health systems Financing: the path to universal coverage*. Available at: www.who.int/whr/2010/en/index.html
11. World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. Available at: [wdronline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world development report 1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1](http://wdronline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world%20development%20report%201993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1)
12. Murray CJL, Lopez AD (eds). *Global Comparative Assessments in the Health Sector: disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: World Health Organization, 1994.
13. World Health Organization. *World Health Report 2000 – health systems: improving performance*. Available at: www.who.int/whr/2000/en/
14. Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, et al. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994; 72(4): 653–62.

15. World Health Organization. *World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever)*. Available at: www.who.int/whr/2008/en/
16. World Health Organization. *World Health Report 2006 – working together for health*. Available at: www.who.int/whr/2006/en/index.html
17. World Health Organization. The Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. World Health Assembly Resolution WHA48.8. Geneva: World Health Organization, 1995 (WHA48/1995/REC/1: 8-10).
18. World Health Organization. *Doctors for health; health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all*. Geneva: World Health Organization, 1996.
19. World Health Organization. International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. World Health Assembly Resolution WHA57.19. Geneva: World Health Organization, 2004. Available at: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf
20. World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social determinants of health. World Health Assembly Resolution WHA62.12. In: Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–22 May 2009, Volume 1: Resolutions and decisions, Annexes. Geneva: WHO, 2009: (WHA62/2009/REC/1) 16–19.
21. *The Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010*. Available at: www.healthsocialaccountability.org
22. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *Lancet*. 2010; **376**: 1923–58.
23. Royal College of General Practitioners. Physician funding and health care systems – an international perspective. A summary of a conference hosted by the WHO, WONCA and RCGP at St John's College, Cambridge, 1999.
24. Organisation for Economic Co-operation and Development Paris declaration 2005 and Acrra agenda for action 2008. Available at: www.oecd.org/dac/aideffectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm
25. Preker A, Feachem R, DeFerranti D. *Health, Nutrition and Population Sector Strategy*. Washington DC: World Bank, 1997.
26. United Nations Development Programme. *Human development report 1996*. Oxford University Press, 1996.
27. World Health Organization. *The Global Burden of Disease 2004 update*. Available at: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

28. Horton R. GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. *Lancet*. 2012; **380**: 2053–4.
29. Starfield B. Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*. 2000; **284**: 483–5.
30. UNAIDS/WHO. *AIDS epidemic update: December 2000*. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000 (document UNAIDS/00.44E-WHOICDS/EDCI2000.9).
31. United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects: the 2010 Revision*.
32. Yach D, Hawkes C, Gould L, et al. #e Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control. *JAMA*. 2004; **291**(21): 2616–22.
33. United Nations. Political declaration of the high level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases, 2011. Available at: www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
34. De Maeseneer J, Boeckstaens P James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal- oriented care and equity. *British Journal of General Practice*. 2012; **62**: 522–4.
35. Adams O, Kinnon C. A public health perspective, perspective. In: Zarrilli S, Kinnon C, Ricupero R (eds). *International Trade in Health Services: a development perspective*. Geneva: World Health Organization, 1998 (document no. WHO/TFHE/98.1): 37.
36. Karle H. Globalisation of medical education. *Journal of the World Medical Association*. 2001; **47**(1): 3–7.
37. Boelen C. Adapting health care institutions and medical schools to societies' needs. *Academic Medicine*. 1999; **74**(8): S11–20.
38. AMEE: Association of Medical Education in Europe. ASPIRE project, 2012. www.aspire-to-excellence.org
39. Pandurangi VR. Basic health services: why we are not making greater progress. *Towards Unity for Health*. 2000; **2**: 34–5.
40. World Health Organization/UNICEF. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No.1).
41. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005; **83**: 457–502.
42. Abramson JH. Community-oriented primary care: strategy, approaches and practice – a review. *Public Health Reviews*. 1988, **16**: 35–98.
43. Nutting PA (ed). *Community-oriented primary care: from principle to practice*. Washington DC, Health Resources and Services Administration, Public Health Services, 1987.

44. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2001; 14(1): 54–63.
45. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al. (eds). *Primary Care: America's health in a new era*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 1996.
46. Gofin J, Gofin R, Abramson JH, et al. Ten-year evaluation of hypertension, overweight, cholesterol and smoking control: the CHAD Programme in Jerusalem. *Preventive Medicine*. 1986; 15: 304–12.
47. Gofin J. The community-oriented primary care (COPC) approach and Towards Unity for Health: unity of action and purpose. *Towards Unity for Health*. 2001; 1: 9–10.
48. Cassels A. *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: concepts, issues and working arrangements*. Geneva: World Health Organization, 1997 (document no. WHO/ARA/97.12).
49. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health & final report: Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health, 2008*. Available at: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
50. De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, et al. Tackling NCDs: a different approach is needed. *Lancet*. 2012; 379: 1860–1.
51. World Health Organization. *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, 2008*. Available at: www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/
52. Schieber G, Maeda A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G (ed). *Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference, 10–11 March 1997*. Washington DC: World Bank, 1997 (World Bank Discussion Paper No. 365).
53. Kark SL. *The Practice of Community-Oriented Primary Care*. New York: Appleton-Century-Cro's, 1981.

KAPITOLA 3

Všeobecní praktici v zdravotných systémoch

Táto kapitola popisuje charakter rodinného lekárstva a ako rodinní lekári prispievajú k systému optimálnej primárnej starostlivosti. Zameriava sa na funkcie, úlohu a efektívnu klinickú starostlivosť, ktorú poskytujú rodinní lekári. Skúma aj kvalitu ich práce a ich prínos, keď vykonávajú svoju úlohu ako poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, lídri, manažéri, keď vykonávajú dohľad a koordinujú individuálnu aj komunitnú zdravotnú starostlivosť.

3.1 CHARAKTER RODINNÉHO LEKÁRSTVA

Charakteristiky rodinného lekárstva vychádzajú z niekoľkých základných konceptov vrátane záväzku poskytovať pokračujúcu osobnú starostlivosť (dlhodobosť, kontinuita), uplatňovať komplexný prístup a akceptovať všetkých pacientov bez ohľadu na rod, vek alebo typ zdravotného problému. Rodinní lekári sa často musia starať o túto pestrú mozaiku pacientov v podmienkach komunitnej ambulantnej praxe. Spoločné skúsenosti sú základom spoločného pohľadu rodinných lekárov na celom svete, napriek rozdielnemu kontextu vzdelania a kultúre. V dôsledku toho charakteristiky, znalosti, zručnosti a vzorce vykonávania praxe sú na celom svete pozoruhodne porovnateľné.¹ Tento jednotný prístup k starostlivosti je zosumarizovaný v definícii rodinného lekára Svetovej organizácie rodinných lekárov (WONCA) v Boxe 3.1.

Úloha rodinného lekára sa pôvodne vyvinula z tradičnej všeobecnej praxe, keď väčšina lekárov bola považovaná za všeobecných praktických lekárov hneď po ukončení medicínskeho štúdia alebo po relatívne krátkom praktikantskom období.³ V súčasnosti narastá počet krajín, kde sa vyžaduje formálna príprava v odbore všeobecné lekárstvo rovnako ako pri iných medicínskych odboroch

a v mnohých krajinách sú inštitucionálne zavedené kurikulá, certifikačné postupy a programy ďalšieho vzdelávania. Všetky tieto zmeny súvisia s meniacimi sa potrebami a očakávaniami obyvateľov sveta.

BOX 3.1 Definícia všeobecného praktického/rodinného lekára

Všeobecný praktický/rodinný lekár je lekár, ktorý je v prvom rade špecializovaný na poskytovanie prvého kontaktu a komplexnej zdravotnej starostlivosti každej osobe, ktorá hľadá lekársku pomoc a radu, a za sprostredkovanie prístupu k ďalšiemu zdravotníkovi, ktorý v prípade potreby pacientovi poskytne služby. Všeobecný praktický/rodinný lekár pôsobí ako všestranný lekár, ktorý prijíma každého, kto hľadá pomoc, na rozdiel od iných lekárov, ktorí vymedzujú prístup k svojim službám na základe veku, pohlavia a/alebo typu zdravotného problému.

Všeobecný praktický/rodinný lekár sa stará o jednotlivého pacienta v kontexte rodiny, o rodinu v kontexte komunity a o komunitu v kontexte verejného zdravotníctva bez ohľadu na rasu, kultúru alebo sociálne postavenie. Je klinicky spôsobilý poskytovať prevažnú časť starostlivosti, integruje rôzne odbory, zohľadňuje pritom kultúrne, socioekonomické a psychologické aspekty. Taktiež preberá osobne zodpovednosť za poskytovanie komplexnej a kontinuálnej, na osobu sústredenej starostlivosti o svojich pacientov a pomáha koordinovať a integrovať starostlivosť iných.

Všeobecný praktický/rodinný lekár vykonáva svoju úlohu poskytovaním osobnej starostlivosti pacientom alebo prostredníctvom služieb iných, podľa potreby a zdrojov, ktoré sú k dispozícii v rámci komunity, kde pôsobí.

Adaptované z: Úloha všeobecného praktického/rodinného lekára v systéme zdravotnej starostlivosti. Vyhlásenie WONCA, 1991.²

3.2 PRÍNOS RODINNÝCH LEKÁROV V RÁMCI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Jedinečná kombinácia atribútov, ktoré charakterizujú rodinných lekárov, zároveň popisuje, ako prispievajú k zdravotnej starostlivosti. Tieto charakteristiky sú základom ich úlohy ako poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich funkcie

v tímoch primárnej starostlivosti. Ich prínos súvisí aj so spôsobom, akým pacienti vyhľadávajú starostlivosť v rámci svojej komunity.

Svetová správa o zdraví z r. 2008 pripomína svet, že primárna zdravotná starostlivosť je potrebná „Teraz viac ako kedykoľvek predtým“, aby sa zabezpečila spravodlivá dostupnosť zdravia pre všetkých. Na dosiahnutie tohto všeobecného zabezpečenia starostlivosti je potrebné vodcovstvo a reforma verejnej politiky, ako aj uznanie toho, že srdcom poskytovania zdravotných služieb, ktoré kladú „ľudí na prvé miesto“, je primárna starostlivosť.⁴ V mnohých zdravotných systémoch sú rodinní lekári srdcom primárnej starostlivosti.

Atribúty rodinných lekárov

Základné charakteristiky a atribúty rodinného lekárstva umožňujú rodinným lekárom podstatnou mierou prispievať k fungovaniu zdravotných systémov nielen vo forme poskytovaných služieb, ale aj ovplyvňovaním verejnej politiky a prostredníctvom vodcovstva sa rodinní lekári stávajú obhajcami svojich pacientov.

Napriek odlišnostiam medzi krajinami základné charakteristiky a atribúty dobrého rodinného lekárstva sú podobné. Všetkým rodinným lekárom to umožňuje prispievať, ak si to želajú, k zlepšovaniu zdravotných systémov vo svojej krajine aj za jej hranicami.

Rámec pre profesionálny a administratívny rozvoj všeobecného praktického/rodinného lekárstva v Európe⁵ je odrazom kulminácie takmer desať rokov trvajúceho celoeurópskeho procesu konzultácií, ktorý inicioval Regionálny úrad WHO pre Európu. Táto skupina zhrnula atribúty praxe rodinného lekárstva takto:

- **Všeobecnosť:** prax rodinného lekárstva rieši neselektované zdravotné problémy celej populácie; nevylučuje žiadne kategórie populácie na základe veku, pohlavia, spoločenskej triedy, rasy, náboženstva alebo na základe určitej kategórie ťažkosti alebo problému súvisiaceho so zdravím. Musí byť ľahko dostupná s minimálnym odkladom; jej dostupnosť nie je limitovaná geografickými, kultúrnymi, administratívnymi alebo finančnými prekážkami.
- **Kontinuita:** prax rodinného lekárstva sa v prvom rade sústreďuje na osobu, a nie na chorobu. Zakladá sa na dlhodobom osobnom vzťahu medzi pacientom a lekárom, na dlhodobej zdravotnej starostlivosti počas dôležitých období života a nie je limitovaná na jednu konkrétnu epizódu ochorenia.
- **Komplexnosť:** prax rodinného lekárstva poskytuje jednotlivcom integrova-

nú podporu zdravia, liečebnú starostlivosť, rehabilitáciu, fyzickú, psychickú a sociálnu podporu. Rieši spojitosť medzi chorobou a ochorením a keď prijíma klinické rozhodnutia, integruje humanistické a etické aspekty vzťahu medzi lekárom a pacientom.

- **Koordinácia:** prax rodinného lekárstva dokáže riešiť mnohé zdravotné problémy jednotlivca pri prvom kontakte s rodinným lekárom, ale v prípade potreby rodinný lekár zabezpečí náležité a včasné odoslanie pacienta k príslušnému špecialistovi tam, kde sa pacientovi poskytne potrebná zdravotná služba. V takých prípadoch by rodinní lekári mali informovať pacientov o dostupných službách a o tom, ako ich najlepšie využiť, a mali by koordinovať poradenstvo a podporu, ktorú pacienti dostávajú. Rodinní lekári by mali pôsobiť ako manažéri starostlivosti vo vzťahu k iným poskytovateľom zdravotnej a sociálnej starostlivosti, mali by radiť svojim pacientom v oblasti zdravia.
- **Spolupráca:** rodinní lekári by mali byť pripravení pracovať spolu s ďalšími poskytovateľmi lekárskej, zdravotnej a sociálnej starostlivosti, delegovať na nich starostlivosť o svojich pacientov, ak je to vhodné, so zreteľom na kompetentnosť ďalších disciplín. Mali by prispievať k činnosti a aktívne sa podieľať na práci dobre fungujúceho multidisciplinárneho tímu a musia byť pripravení takýto tím viesť.
- **Orientácia na rodinu:** rodinní lekári riešia zdravotné problémy pacientov v kontexte ich rodinného prostredia, sociálnych a kultúrnych väzieb a podmienok, v ktorých žijú a pracujú.
- **Orientácia na komunitu:** problémy pacienta treba vnímať v kontexte jeho života v miestnej komunite. Rodinný lekár by mal mať vedomosť o zdravotných potrebách obyvateľov komunity a mal by spolupracovať s ďalšími odborníkmi, úradmi z iných sektorov a so svojpomocnými skupinami s cieľom iniciovať potrebné zmeny na riešenie miestnych zdravotných problémov.

Ďalší kľúčový aspekt:

- **Prvý kontakt:** pacienti a obyvatelia vedia, že v prípade potreby ambulancia rodinného lekára je miesto prvého kontaktu. Tu rodinný lekár poskytuje primárnu starostlivosť vo vlastnej kompetencii a ak je to nevyhnutné, môže pacienta odporučiť do starostlivosti ďalším poskytovateľom zdravotných služieb.

Kanadské kolégium rodinných lekárov vychádzalo z podobného konceptuálneho rámca a zadefinovalo štyri princípy rodinného lekárstva (*pozri* Box 3.2).

BOX 3.2 Princípy rodinného lekárstva⁶

1. Vzťah pacient – lekár je v centre rodinného lekárstva.
2. Rodinný lekár je efektívny kliník.
3. Rodinné lekárstvo je založené na komunite.
4. Rodinný lekár je zdrojom definovanej starostlivosti poskytovanej obyvateľstvu.

Tieto atribúty a princípy sú preniknuté zameraním pozornosti na celú osobu.³ Rozsah praxe rodinného lekára do veľkej miery určujú potreby človeka.⁷ Prístupovanie k týmto potrebám však odráža rigoróznu medicínsku prípravu, ktorá zabezpečí potrebný základ na poskytovanie kompetentnej starostlivosti v kontexte primárnej starostlivosti, ktorú vyhľadávajú pacienti so širokou škálou zdravotných problémov.

Rodinné lekárstvo je kombináciou širokej praxe a hlbkej odbornosti. Rodinní lekári takto pridávajú hodnotu systémom primárnej zdravotnej starostlivosti, umocňujú tak prínos podobne orientovaných zdravotníkov: sestier, sociálnych pracovníkov a komunitných zdravotných pracovníkov, ktorí vzájomne posilňujú svoju činnosť na dosiahnutie cieľa.

Rodinní lekári majú ideálne postavenie na to, aby dosahovali zlepšovanie zdravotného stavu ľudí, ktorí patria do ich praxe aj tým, že ich vnímajú ako určitú zadefinovanú skupinu. To lekárom umožňuje analyzovať potreby a zdravotné riziká konkrétnej populácie, zabezpečovať efektívne opatrenia na predchádzanie ochorení a propagovať stratégie na podporu zdravia, najmä ak sú zaškolení v oblasti podpory zdravia a prevencie.

Rodinný lekár sa vzdeláva aj v oblasti kultúrnej kompetentnosti. Hodnota rozmanitosti sa reflektuje v komunikačných zručnostiach, schopnosti počúvať a v starostlivosti sústredenej na osobu.⁴⁹

Zdravotné potreby populácie môžu určovať zameranie prípravy rodinných lekárov a výskumu primárnej zdravotnej starostlivosti (*pozri* Box 3.3).

BOX 3.3 Projekt JANUS:**rodinní lekári naplňajú potreby spoločnosti zajtraška⁸**

Podľa antickej mytológie bol Janus boh dobrých začiatkov a Rimania verili, že dobrý začiatok zaručí dobrý koniec. Rovnomenný projekt JANUS – iniciatíva Kolégia kanadských rodinných lekárov – hľadá na minulosť a budúcnosť s cieľom pomôcť kanadským rodinným lekárom naplňovať budúce zdravotné potreby svojich pacientov. Projekt je vypracovaný s cieľom zabezpečiť, že vzdelávanie a výskum budú zodpovedať meniacim sa potrebám súčasnej spoločnosti.

Zahŕňa:

- zabezpečenie zúčastňovania sa rodinných lekárov na kontinuálnom, komplexnom programe „Národné posudzovanie lekárov“;
- rozvoj možností vzdelávania a výskumu pre praktických rodinných lekárov na základe zistených potrieb ich pacientov a komún;
- sprístupnenie výsledkov „Národného posudzovania lekárov“ lídrom lekárov, plánovačom zdravotnej starostlivosti, výskumníkom a tvorcom rozhodnutí zdravotnej politiky; tieto zistenia a poznatky z Kanady sú k dispozícii všetkým krajinám prostredníctvom funkčnej šablóny, ktorú všetky krajiny môžu využiť na zhodnotenie potrieb v oblasti zdravia, vyhodnotenie aktuálnosti služieb a primeranosti prípravy rodinných lekárov.

Mnohé uvedené atribúty sú spoločné aj pre iných lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ako celok však definujú typ lekára, ktorého odbornosť pozoruhodne zodpovedá požiadavkám na optimálnu primárnu zdravotnú starostlivosť predstavenú v Deklarácii z Alma-Aty (*pozri Prílohu A*).

Výrazné charakteristiky ako prvý kontakt, všeobecná dostupnosť, zamera-
nie na osobu, dlhodobá starostlivosť – kontinuita, komplexnosť a koordinácia
starostlivosti definujú prístup, ktorý je jedinečný pre primárnu starostlivosť.
Zdravotné systémy s týmito charakteristikami sa spájajú s lepšími výsledkami,
väčšou mierou spokojnosti pacientov, menším počtom hospitalizácií a nižšími
nákladmi.^{9–11}

Medzinárodné porovnania výsledkov primárnej zdravotnej starostlivosti¹²
ukazujú, že najväčšie rozdiely v zdraví medzi krajinami sú spojené s tým, do
akej miery sa uplatňujú nasledujúce princípy systémov poskytovania zdravot-
ných služieb:

- ▶ spravodlivá distribúcia a financovanie zdravotných služieb;
- ▶ podobná zárobková úroveň lekárov primárnej starostlivosti, špecialistov a nemocničných lekárov;
- ▶ komplexnosť služieb primárnej zdravotnej starostlivosti;
- ▶ absencia alebo veľmi nízka miera úhrad od pacientov za služby primárnej zdravotnej starostlivosti;
- ▶ lekári primárnej starostlivosti zabezpečujú starostlivosť prvého kontaktu a vstup do systému ďalších služieb pre zdravie;
- ▶ dlhodobá starostlivosť zameraná na osobu.

Rodinné lekárstvo môže plniť nezastupiteľnú úlohu v úsilí krajiny organizovať zdravotný systém tak, aby sa v ňom uplatňovali tieto princípy. Na dosiahnutie týchto pozitívnych výsledkov je však potrebné, aby rodinní lekári pracovali v zhode so zástupcami komunity, s profesionálnymi verejného zdravia a so spojencami – pracovníkmi v oblasti zdravia.⁵⁰

Bude potrebné tiež vyvinúť systém úhrad, vhodných stimulov a pozitívne pracovné podmienky, aby sa vykonávali činnosti, ktoré majú síce širší dosah ako starostlivosť o jednotlivého pacienta, ale môžu mať ešte väčší vplyv na zdravie jednotlivcov. Tieto aktivity zahŕňajú spoluúčasť na analyzovaní potrieb populácie, v pracovných tímoch a pri vykonávaní dohľadu nad ďalšími zdravotníkmi.

Úlohy rodinných lekárov ako poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Rodinní lekári ako poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pracujú spolu s ďalšími členmi tímu primárnej starostlivosti na zlepšení dostupnosti, kontinuity a komplexnosti služieb zdravotnej starostlivosti.

Dostupnosť starostlivosti určuje spôsob, ako rodinní lekári poskytujú rozličné zdravotné služby sústredené na osobu na komunitnej úrovni, zvyčajne v rámci partnerstva s členmi tímu. Tento aspekt určuje počet hodín dostupnosti, pohodlie, blízkosť, finančná dostupnosť a prijateľnosť.¹² Kontinuálny prístup k službám zdravotnej starostlivosti je pacientom zabezpečený prostredníctvom možností v mieste prvého kontaktu spolu s odosielaním u pacientov, ktorí potrebujú služby, ktoré nie sú dostupné na komunitnej úrovni. Kontinuálna dostupnosť zdravotných služieb znamená, že starostlivosť poskytujú členovia tímu alebo viaceré tímy, pričom je zabezpečená efektívna komunikácia. Zdravotné služby po úradných hodinách môžu byť zabezpečené na základe systému prí-

služby na telefóne, alebo formou pohotovosti, alebo aj s využitím nemocničných pohotovostných lôžok.

Pacienti, ktorí majú bezproblémový prístup k službám primárnej starostlivosti v komunite, nebudú vyhľadávať služby nemocničnej starostlivosti, ktoré sú často menej pohodlné a drahšie.

Kontinuálna starostlivosť si vyžaduje pretrvávajúci osobný vzťah s jednotlivým lekárom alebo členmi tímu. Zlepšuje sa, keď pacienti poznajú svojich vlastných poskytovateľov primárnej starostlivosti a bez problémov sa k nim dostanú. Podobne kontinuita je operatívna, keď poskytovatelia majú identifikovanú konkrétnu skupinu pacientov, za ktorých sú zodpovední. V ideálnom prípade by ľudia mali mať možnosť vybrať si rodinného lekára, ktorého uprednostňujú. V určitých oblastiach môže byť ich možnosť voľby limitovaná finančnými alebo geografickými faktormi. V určitých oblastiach praxe môžu rodinní lekári vykonávať dohľad nad starostlivosťou, ktorú poskytuje praktická sestra, asistent lekára alebo iní členovia tímu, aby sa zabezpečila kontinuita starostlivosti pre väčší počet pacientov. V takých situáciách lekári sústredia viac úsilia na starostlivosť o pacientov s vážnejšími zdravotnými problémami a na pacientov s komplikovanejšími stavmi.

Rodinní lekári sú dobre pripravení poskytovať komplexnú starostlivosť pacientovi ako komplexnej osobe, pričom berú do úvahy biologické, psychosociálne a kultúrne vplyvy na zdravie a ochorenia. Dokážu riešiť väčšinu problémov pacienta v ambulancii alebo v domácnosti pacienta, pričom zariadia potrebnú pomoc alebo odoslanie tých pacientov, ktorých klinické problémy presahujú ich odbornosť.

Popri starostlivosti o jednotlivých pacientov môžu rodinní lekári poskytovať komunite zdravotné služby prostredníctvom partnerstiev s komunitnými zdravotníckymi pracovníkmi, lektormi pre oblasť zdravia a ďalších komunitne orientovaných členov tímu. V mnohých komunitách rodinní lekári plnia úlohu verejných zdravotných alebo okresných medicínskych pracovníkov (najmä ak majú formálne vzdelanie vo verejnom zdravotníctve), ako koroneri alebo pracovníci verejnej zdravotnej osvetu. Box 3.4 znázorňuje, akým spôsobom môžu rodinní lekári prispievať k poskytovaniu efektívnych a účinných zdravotných služieb. Na Novom Zélande napríklad niektorí rodinní lekári spolupracujú so zdravotnými sestrami s vyšším stredoškolským vzdelaním pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pričom využívajú trvalé príkazy na činnosti ako núdzová antikoncepcia, bežná antikoncepcia, liečba sexuálne prenosných chorôb, liečba dermatologických problémov, infekcií hrdla a močového traktu.

Efektívne rodinné lekárstvo dokáže poskytovať to, čo sa dá pokladať za všestrannú starostlivosť. Schopnosť rodinných lekárov efektívne plniť tieto funkcie však môže byť limitovaná viacerými externými faktormi ako napríklad prístup k ďalšiemu vzdelávaniu a zdrojom. Nedávna štúdia Royal College of General Practitioners publikovaná v Spojenom kráľovstve na tému medicínskej všestrannosti skúmala, prečo je odbornosť v komplexnosti pohľadu na človeka v medicíne dôležitá, a zistila, že napriek už relatívne dobre rozvinutému systému primárnej starostlivosti v Spojenom kráľovstve musia byť na to, aby sa konzistentne poskytovala vynikajúca všeobecná starostlivosť, splnené určité podmienky. Medzi tieto podmienky patrí dlhšia príprava, práca v tíme 4 všeobecných praktických lekárov, viac času venovaného pacientom, lepší prístup k doplňujúcej diagnostike v blízkosti pacienta alebo ambulancie a lepšia komunikácia so špecialistami.¹³

BOX 3.4 Ako poskytovať efektívne a účinné služby zdravotnej starostlivosti prostredníctvom všeobecných praktických/rodinných lekárov

- Hodnotiť zdravotné potreby s cieľom určiť, ktoré zdravotné služby by sa mali poskytovať na komunitnej úrovni. Toto sa možno viac vzťahuje na lekárov pre oblasť verejného zdravotníctva, ale rodinní lekári by mali určite patriť medzi tých zainteresovaných, s ktorými sa konzultuje. Vláda v Spojenom kráľovstve urobila všeobecných praktikov zodpovedných za objednávanie služieb pre svojich pacientov.
- Pripravovať rodinných lekárov so špecifickými kompetenciami potrebnými na napĺňanie potrieb pacientov v prostredí ich praxe.
- Integrovať rodinných lekárov do tímov primárnej starostlivosti, aby bolo zabezpečené 24-hodinové pokrytie potrieb pri poskytovaní kontinuálnej dostupnosti starostlivosti na komunitnej úrovni.
- Vypracovať a aktualizovať zoznamy pacientov a príslušných tímov primárnej starostlivosti (lekárskych obvodov) na podporu kontinuity starostlivosti.
- Zabezpečovať finančné mechanizmy na získanie rodinných lekárov a na podporu komplexnej primárnej starostlivosti.
- Zabezpečovať stimuly pre tím primárnej starostlivosti, aby bol pre pacientov prvým miestom, kam sa obrátia, ak ich stav nevyžaduje urgentnú starostlivosť na nemocničnej pohotovosti.

Funkcie rodinných lekárov v tímoch primárnej starostlivosti

Tím primárnej starostlivosti tvoria ľudia, ktorí prispievajú k poskytovaniu zdravotných služieb.¹⁴ Každý tím je jedinečný; miestne podmienky určujú, kto bude členom tímu, vzťahy v tíme a povinnosti tímu; regionálne a národné podmienky ovplyvňujú to, s akými zdrojmi a v akom kontexte tímy pôsobia. Existuje veľa typov tímov primárnej starostlivosti, od malých tímov s niekoľkými členmi, ktorí vykonávajú viaceré funkcie, po veľké, mnohočlenné tímy, ktoré slúžia väčším komunitám pacientov. Základný tím môžu tvoriť lekári, sestry, zdravotnícki asistenti, pôrodné asistentky, sociálni pracovníci, komunitní zdravotníci a ďalší, ktorí pacientom poskytujú priamu starostlivosť. Podporní členovia tímu môžu byť recepčné, sekretárky, administratívni pracovníci, lektori zdravia, laboranti, farmaceuti a rádiológovia. Konzultanti tímu môžu byť poskytovatelia špecializovaných zdravotných služieb alebo odborníci pre oblasť komunitného zdravia.^{14, 15} Keď sú všetci členovia tímu primárnej starostlivosti dobre pripravení a majú adekvátne zdroje, tím vie efektívne reagovať na väčšinu zdravotných potrieb komunity.¹⁶

Tímy primárnej starostlivosti musia zostať pružné, aby vedeli reagovať na jedinečné okolnosti a dostupné zdroje v konkrétnej komunite. Môže sa napríklad stať, že nebudú k dispozícii všetci vyššie spomenutí pracovníci, a v takom prípade môžu podstatné úlohy prevziať iní. Sestry alebo pracovníci zdravotného strediska môžu zariadiť umiestnenie pacientov v zariadeniach sociálnej starostlivosti alebo prevziať výraznejšiu úlohu v oblasti zdravotnej výchovy a osvetu alebo v oblasti dohľadu pri probléme domáceho násilia a pri ďalších početných problémoch. Podobne v samostatnej praxi pôsobiaci všeobecní praktici, ktorí nie sú súčasťou geograficky vymedzených tímov, môžu vytvoriť spojenectvá s ďalšími profesionálmi, a tak zabezpečiť pre svojich pacientov mnohé výhody tímu primárnej starostlivosti.

Rodinní lekári integrovaní do tímov primárnej starostlivosti môžu pôsobiť efektívnejšie a posilňovať kapacity tímu potrebné na poskytovanie komplexnejších služieb pre pacientov. Teoretické výhody efektívnej tímovej práce, okrem iného, sú:

- starostlivosť, ktorú poskytuje skupina, je väčšia ako súčet individuálne poskytovanej starostlivosti;
- zriedkavé zručnosti sú lepšie využité;
- vplyv kolegov a neformálne učenie sa v rámci skupiny zvyšuje úroveň starostlivosti a postavenie tímu v komunite;

BOX 3.5 Profil „päťhviezdičkového“ lekára

„Päťhviezdičkový“ lekár má taký žiaduci profil profesionála – zdravotníka v systéme, ktorého základom je zodpovedanie potrebám ľudí. Úlohy „päťhviezdičkového“ lekára:

- **Poskytovateľ starostlivosti**, ktorý pristupuje k pacientovi holisticky ako k jednotlivej osobe a ako k súčasť rodiny a komunity, pričom poskytuje vysokokvalitnú, komplexnú, kontinuálnu a personalizovanú starostlivosť v rámci dlhodobého a dôverného vzťahu.
- **Prijímateľ rozhodnutí**, robí vedecky podložené rozhodnutia o vyšetreniach, liečbe, použití technológií, pričom berie do úvahy želania dotknutej osoby, etické hodnoty, aspekty nákladovej efektívnosti v záujme najlepšej možnej starostlivosti pre pacienta.
- **Komunikátor**, ktorý vie propagovať zdravý životný štýl efektívnym vysvetlením a podporou, a tak posilňovať jednotlivcov a skupiny k lepšej ochrane zdravia.
- **Komunitný líder**, ktorý si získal dôveru ľudí, medzi ktorými pôsobí, dokáže zosúladiť zdravotné požiadavky jednotlivca aj komunity, usmerňovať skupiny občanov a iniciovať konanie v mene komunity.
- **Manažér**, ktorý vie harmonicky pracovať s jednotlivcami a organizáciami v rámci zdravotného systému aj mimo neho s cieľom naplňovať potreby jednotlivých pacientov a komunit a náležite využívať dostupné zdravotné údaje.

- členovia tímu sú spokojnejší s prácou a je menej pravdepodobné, že budú preťažení;
- práca v tíme podporuje koordinovanosť zdravotnej výchovy a liečby.

Rodinní lekári poskytujú škálu služieb jednotlivcom, rodinám a komunitám, vrátane preventívnej a liečebnej zdravotnej starostlivosti. Ako koordinátori môžu previazať služby primárnej, sekundárnej a terciárnej zdravotnej starostlivosti. V úlohe vodcov, manažérov a dohľadu môžu zvyšovať kvalitu a efektívnosť tímového úsilia. Ako je popísané v profile „päťhviezdičkového“ lekára (pozri Box 3.5), tieto vzájomne súvisiace funkcie umožňujú rodinným lekárom pracovať spolu s tímami primárnej starostlivosti s cieľom integrovať zvyčajne fragmentované prvky zdravotného systému.¹⁸

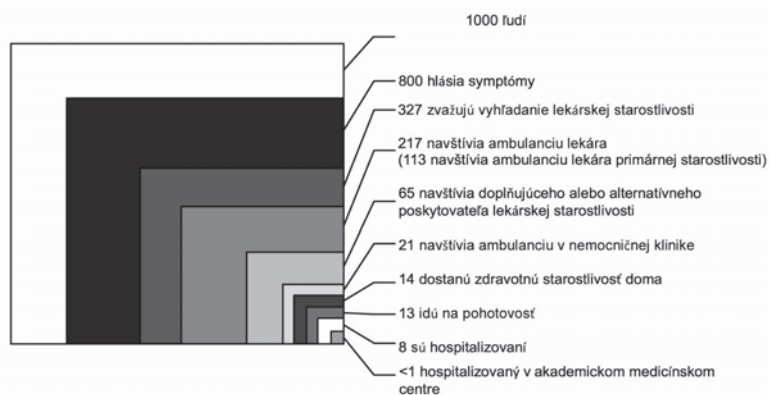
Ekológia primárnej starostlivosti

Primárna starostlivosť môže riešiť veľkú väčšinu zdravotných problémov populácie. Napriek tomu tí, čo majú na starosti výučbu a výskum v lekárskejších centrách, alebo tí, čo majú kompetencie prideľovať zdroje na financovanie služieb zdravotnej starostlivosti, nerozpoznávajú a nepodporujú potenciál efektívnej primárnej starostlivosti – predchádzať predčasnej morbidite a mortalite. Väčšina akademického úsilia je nasmerovaná na relatívne malý počet pacientov, ktorí sú odoslaní do fakultných zariadení alebo sú hospitalizovaní v akademických medicínskych centrách.

Kerr White a kolegovia geograficky ilustrovali tento jav v analýze komunitných zdravotných údajov zo Spojeného kráľovstva a Spojených štátov.¹⁹ Zistili, že v dospelej populácii z 1000 osôb 750 každý mesiac trpelo nejakou formou ochorenia. Z týchto chorých pacientov sa 250 obrátilo na lekára, len 5 bolo odoslaných na ďalšie vyšetrenie a len jeden bol hospitalizovaný v univerzitnom zariadení. Výučba a výskum vo veľkej miere vychádza z tejto limitovanej populácie odoslaných pacientov, čo však nie je adekvátna reprezentácia širokej komunity.

Green a kolegovia zistili pozoruhodne podobné výsledky, keď nedávno zopakovali takúto štúdiu v Spojených štátoch. Zistili, že každý mesiac dostáva viac žien, mužov a detí zdravotnú starostlivosť v ambulanciách lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti než ako v ktoromkoľvek inom zariadení v profesionálnych podmienkach.²⁰ Vyše 12-krát viac ľudí je vyšetrených v ambulanciách lekárov primárnej starostlivosti ako v nemocničnom prostredí. Prevažná väčšina zdravotnej starostlivosti zostáva vo forme primárnej starostlivosti, samoliečby a ambulantnej starostlivosti. Zdravotné problémy, ktoré má väčšina populácie najčastejšie, by unikli pozornosti, nezistili by sa, neanalyzovali by sa, ak by zdravotné úsilie bolo obmedzené len na nemocničné a akademické zdravotné strediská. Táto štúdia ukazuje, že napriek podstatným zmenám organizácie a financovania zdravotnej starostlivosti jej využívanie zostalo pozoruhodne konzistentné už 40 rokov (*pozri* Box 3.6).

Skúsenosti a odbornosť rodinných lekárov je výrazne iná ako u špecialistov, ktorí sa starajú o veľmi malý podiel ochorení, ktoré sa v komunite vyskytujú. Dr Iona Heath hovorí, že „v nemocniciach choroby zostávajú a pacienti prichádzajú a odchádzajú. V praxi všeobecného lekára pacienti zostávajú a choroby prichádzajú a odchádzajú.“²¹

BOX 3.6 Typický mesiac zdravotnej starostlivosti v USA²⁰

Každá časť obsahuje podskupinu z celkového počtu 1000 osôb.

Prax rodinných lekárov reflektuje širokú škálu problémov, s ktorými sa stretávajú v primárnej starostlivosti. Rodinní lekári často pracujú vo vzájomnom prepojení s verejným zdravotníctvom, preventívnou medicínou a samostarostlivosťou pacienta. To treba mať na zreteli pri odbornej príprave všeobecných praktických/rodinných lekárov, pričom je potrebné dostatočne zdôrazňovať dôležitosť ich všestrannej prípravy v prostredí komunitnej praxe, aby sa stretli s typmi ťažkostí pacientov, ktoré budú potom musieť riešiť vo svojej budúcej praxi.^{22, 23}

3.3 RODINNÍ LEKÁRI AKO EFEKTÍVNI KLINICI

Efektívnosť primárnej starostlivosti a rodinného lekárstva sa odráža v schopnosti adaptovať sa na zdravotné potreby v rôznych krajinách sveta a adekvátne prispôbiť rozsah činnosti a tiež sa odráža v kvalite a nákladovej efektívnosti činnosti.

Prax rodinného lekára vo svete

Rodinní lekári môžu pôsobiť v prostredí, kde je potrebné, aby poskytovali špecializované služby a starostlivosť hospitalizovaným pacientom – vzhľadom na to, že pôsobia v prostredí s limitovanými zdrojmi a/alebo vo vidieckych ko-

munitách, ale najčastejšie poskytujú služby primárnej zdravotnej starostlivosti na komunitnej úrovni v ambulancii alebo v domácnosti pacienta. S cieľom porovnať a lepšie pochopiť bežnú činnosť rodinných lekárov v rôznych krajinách uskutočnila WONCA celosvetový prieskum praxe rodinných lekárov prostredníctvom svojich členských organizácií.¹ V tejto prierezovej štúdii bol zaslaný dotazník na samostatné vyplnenie 130 členom WONCA v 66 členských krajinách; vyplnený dotazník poslalo 66 jednotlivcov, ktorí zastupovali 51 krajín (4 Afrika, 7 americký kontinent, 21 Ázia a Tichomorie, 19 Európa). Treba poznamenať, že krajiny prieskumu predstavujú krajiny s dobre rozvinutým rodinným lekárstvom. Prieskum ukázal, že v týchto krajinách pôsobí rodinný lekár najmä v rámci komunity a poskytuje starostlivosť deťom aj dospelým oboch pohlaví.

TABULKA 3.1 Percento krajín, kde väčšina rodinných lekárov zahŕňa tieto vedomosti do svojej praxe

Vedomosti	Percento
Interná medicína	100
Preventívna medicína	96
Pediatrica	94
Psychiatria	92
Gynekológia	90
Pôrodníctvo	80
Ortopédia	80
Chirurgia	78
Komunitná medicína	77
Verejné zdravie	67

Rozsah pôsobnosti ich praxe je dosť široký, ako vidno v Tab. 3.1, 3.2 a 3.3, ktoré uvádzajú vedomosti, služby a úkony väčšiny rodinných lekárov v uvedených krajinách.

TABUĽKA 3.2 Percento krajín, kde väčšina rodinných lekárov poskytuje tieto služby

Služba	Percento
Ambulantná prax	98
Pohotovostná starostlivosť	90
Návštevy v domácnosti	90
Prístup po ambulantných hodinách	59
Domáce ošetrovatelstvo	43
Nemocničná starostlivosť	29

TABUĽKA 3.3 Percento krajín, kde väčšina rodinných lekárov robí tieto výkony

Výkon	Percento
Individuálna preventívna starostlivosť	98
Diagnostické výkony v ambulancii	94
Chirurgické výkony v ambulancii	90
Vykonávanie laboratórnych vyšetrení	73
Dohľad nad ďalšími zdravotníkmi	63
Prevenencia v komunite	51
Chirurgia u hospitalizovaných pacientov	12

Rozsah rodinného praktického lekárstva

Rodinní lekári vo svete majú veľa spoločného, ale reálny rozsah služieb praxe rodinného lekára sa medzi krajinami a komunitami môže výrazne líšiť v závislosti od mnohých faktorov. Služby, ktoré rodinní lekári poskytujú, závisia od prevalencie ochorení, zdravotných problémov, dostupnosti zdrojov (napr. vybavenie ambulancie, materiál a schopnosť platiť pracovníkov), od rozsahu (odbornej) prípravy, organizácie a financovania zdravotných služieb, od úloh, povinností a dostupnosti ďalších zdravotníkov (*pozri* Box 3.7). Rodinní lekári často vykonávajú aj širokú škálu výkonov: biopsie kože s potenciálne malígnymi

léziami, šitie rán, aplikácie sadrových obväzov, pôrodnické výkony, podávanie kortizónových injekcií, aplikáciu tekutého dusíka, vykonávanie dermatoskopie, vazektómie, retinografie a pod. V závislosti od potrieb komunity môžu absolvovať prípravu na špecializovanejšie úkony, napr. endoskopiú a cisárske rezy.

Riadia a koordinujú starostlivosť o pacientov s početnými komplikovanými a závažnými poruchami vrátane akútnych prípadov, vážnych infekcií, kardiovaskulárnych ochorení alebo stabilizácie obetí, ktoré utrpeli traumou (*pozri* Tabuľky 3.4 a 3.5 a Boxy 3.7 a 3.8). Rodinní lekári môžu svoju prax zamerať rôznymi smermi. Môžu napr. mať osobitný záujem a odborné kompetencie v starostlivosti o mládež, starších ľudí alebo pacientov s poruchami správania alebo psychickými poruchami. Môžu pracovať na plný alebo čiastkový úväzok v oddeleniach verejného zdravotníctva, v inštitúciách (napr. domovy alebo pracoviská pre dôchodcov) alebo ako učitelia na školách zameraných na medicínu.

Niektorí rodinní lekári s rozsiahlou prípravou a skúsenosťami vo všeobecnej praxi zaujímajú administratívne pozície ako lídri v systémoch zdravotnej starostlivosti, oddeleniach verejného zdravotníctva a vo vláde. Niektoré krajiny majú formalizované študijné programy, ktoré podporujú ďalšiu špecializáciu v rámci rodinného lekárstva. V Kanade je napríklad rastúci počet absolventov, ktorí sa rozhodnú absolvovať ešte ďalší rok prípravy, aby získali zručnosti v oblastiach ako urgentná medicína, geriatra, paliatívna starostlivosť, pôrodníctvo alebo anestéziológia.

Formy vykonávania praxe rodinného lekára môžu byť rôzne. Rodinný lekár môže pracovať samostatne alebo s ďalšími všeobecnými praktikmi v rámci skupinovej praxe. Rodinný lekár môže pracovať s lekármi iných špecializácií a v skupine s viacerými špecializáciami alebo v nemocnici, domove dôchodcov, alebo v inom zariadení. Bez ohľadu na formu praxe, vždy musí byť prítomná potreba riešiť požiadavku celoživotného vzdelávania.

Napriek týmto rozdielom kľúčové prvky rodinného lekárstva sú podobné na celom svete. Tieto prvky tvoria základ, ktorý je nevyhnutný na riešenie starostlivosti reagujúcej na väčšinu zdravotných potrieb a integráciu individuálnych a komunitných zdravotných systémov v súlade s úlohami ďalších zdravotníkov.

Rodinní lekári musia mať zručnosti, vedomosti a klinický úsudok pri riešení širokej škály problémov, s ktorými sa stretávajú vo svojej praxi rodinného lekára.²⁵ Často sú v ich starostlivosti pacienti, ktorí predstavujú nediferencované ťažkosti, a vtedy je nevyhnutné rozlišovať medzi premenlivým stavom normálnej fyziológie a chorobou v jej počiatočnom štádiu. Vyžaduje si to prípravu špe-

BOX 3.7 Práca rodinného lekára v Južnej Afrike

Dr. Ian Couper je rodinný lekár v KwaZulu-Natal v Južnej Afrike a jeho práca si vyžaduje zvládanie širokej škály úkonov a flexibilitu. Dr. Couper je rodinný lekár, ktorý pracuje ako člen tímu všestranných lekárov, sestier a spolupracujúcich zdravotníkov pre 100 000 obyvateľov v zdravotnom departemente provincie. Jeho okresný zdravotný department má nemocnicu s 280 lôžkami, s 9 klinikami a 3 mobilné kliniky. Vzdialenosť k najbližšiemu špecialistovi je 300 km.

Typický týždeň Dr. Coupera okrem iného zahŕňal nasledujúce udalosti.

- Zistilo sa, že 8-ročný chlapec, ktorý v škole skolaboval, má cerebrálnu maláriu. Dr. Couper chlapca liečil a tiež prediskutoval stratégiu prevencie s riaditeľom školy.
- Päťčlenná rodina utrpela popáleniny pri požiari obydlia. Dr. Couper ošetril rany a zariadil, aby sociálna pracovníčka pomohla rodine zabezpečiť dočasné bývanie.
- Tradičný liečiteľ poslal k doktorovi mladého muža s podozrením na tuberkulózu. Zistilo sa, že má tuberkulózu aj HIV/AIDS. Prijali sa opatrenia na zabezpečenie liečby a poradenstva pre pacienta a jeho rodinu.
- Žena v strednom veku, umierajúca na rakovinu krčka maternice, potrebovala tíšiť bolesti a domácu asistenciu. Bola prijatá do nemocnice na uľahčenie starostlivosti.
- Priniesli dehydratované dieťa s hnačkou a acidózou, ktorá vznikla po klystíre z bylín. Dieťa potrebovalo okamžitú intraošeálnu rehydratáciu a Dr. Couper tiež s matkou prebral vhodnú starostlivosť pre prípadné budúce epizódy.
- Priviedli rozrušeného muža so zviazanými rukami, lebo bol dezorientovaný a ničil doma veci. Dostal sedatívum a bol prijatý na ďalšie psychiatrické posúdenie a manažment.

Zdroje: Mfenyana K, Mash B²⁴

ciálne zameranú na získanie odborných zručností a vedomostí potrebných pri riešení problémov, ktoré sa často vyskytujú v komunite, schopnosť uvedomiť si svoje limity a v prípade indikácií odoslať pacienta ďalej.

Všeobecní lekári nadobúdajú odbornosť pri riešení problémov, ktoré sa často vyskytujú v populácii ich pacientov. Rozličné štúdie ukazujú, že polovica návštev v ambulancii alebo v domácnosti pacienta súvisí s 30 – 40 probléma-

mi, ako vyplýva z analýzy elektronických záznamov o pacientoch v Holandsku, Japonsku, Poľsku, na Malte a v Srbsku. Najčastejších 20 problémov je podľa poradia ich výskytu uvedených v Tabuľkách 3.4 a 3.5. Riešením známych problémov sa rodinní lekári stávajú odborníkmi na choroby, ktoré liečia. Štúdie z mnohých krajín potvrdzujú, že väčšinu problémov pacientov dokážu riešiť rodinní lekári v komunite bez toho, aby bolo potrebné pacienta odoslať ďalej (pozri Box 3.8).

TABUĽKA 3.4 Top 20 epizód starostlivosti

	Kód	Označenie	Spolu
1	A97	Prevenca	33 292
2	R74	Infekcia horných dýchacích ciest	14 168
3	K86	Nekomplikovaná hypertenzia	11 572
4	R78	Akútna bronchitída/bronchiolitída	9420
5	L03	Vertebrogénne syndrómy bez radikulopatií	8518
6	S88	Kontaktná dermatitída a ekzém	8182
7	H81	Nadmerné množstvo mazu v ušiach	8174
8	W11	Plánované rodičovstvo a orálna antikoncepcia	7352
9	U71	Cystitída a iné infekcie močového traktu	6718
10	A04	Celková slabosť/únava	6621
11	S74	Dermatofytóza	6557
12	R75	Akútna/chronická sinusitída	6383
13	L81	Muskuloskeletálne zranenie	6027
14	R05	Kašeľ	5793
15	A85	Nežiaduce účinky liekov	5515
16	P06	Poruchy spánku/nespavosť	5130
17	S03	Bradavice	4930
18	L01	Symptóm krku okrem bolesti hlavy	4808
19	L89	Osteoartritída	4567
20	T90	Diabetes mellitus	4332
Spolu			535 876

Zdroj: Transition Project (www.transitionproject.nl)²⁶

TABUĽKA 3.5 Top 20 dôvodov pre návštevu (N = 829 572)

	Kód	Označenie	Spolu
1	*31	Lekárske vyšetrenie a/alebo zhodnotenie zdravotného stavu	113 261
2	*50	Lieky/preskripcia/injekcia	76 408
3	*64	Poskytovateľom iniciovaná starostlivosť, nová/pokračujúca	34 839
4	R05	Kašeľ	31 375
5	*45	Rady/zdravotná výchova	26 086
6	*62	Administratívny postup	20 166
7	*34	Vyšetrenie krvi	18 389
8	A04	Celková slabosť/únava	16 888
9	*60	Výsledky vyšetrení/postupy	13 833
10	03	Horúčka	13 141
11	L03	Bolesti krížov, okrem vystreľujúcich	13 133
12	R02	Dýchavičnosť/dyspnoe	12 702
13	S06	Lokálne začervenanie/erytém/výsyp	12 595
14	R21	Bolesti hrdla, ťažnosti na hrdlo	11 222
15	S04	Lokálny opuch/hrčka/útvár	11 149
16	N01	Boleť hlavy	11 075
17	D06	Lokalizovaná bolesť brucha	11 016
18	L15	Problémy s kolenom/bolesti	9553
19	L14	Problémy/bolesti nohy/stehna	8777
20	L08	Problémy/bolesti ramena	8763
		Spolu	946 142

Zdroj: Transition Project (www.transitieproject.nl)²⁶

Rozvíjanie dlhodobých terapeutických vzťahov si vyžaduje schopnosť zaobchádzať s pacientmi z pozície bezpodmienečnej úcty.³ Aby to rodinní lekári dokázali, musia si byť vedomí svojej osoby a musia si vedieť uvedomiť vlastné postoje a ako ich životné skúsenosti ovplyvňujú vzťah pacient – lekár. Rodinní lekári, tak ako všetci lekári, sa musia aktívne samovzdelávať a držať krok s aktuálnymi medicínskymi poznatkami a vedomosťami, udržiavať a rozvíjať si diagnostické a terapeutické zručnosti a uvedomovať si vlastné limity.

BOX 3.8 Rozsah činnosti rodinného lekára: analýza situácie v Austrálii, Nemecku a Južnej Afrike

Austrália

Spôľahlivé údaje o chorobnosti a jej riešení v praxi všeobecných praktických lekárov sú základom na posúdenie zdravia komunity, plánovanie budúcich zdravotných služieb a meranie zmeny a kvality starostlivosti. Od r. 1998 náhodná vzorka približne 1000 rodinných lekárov vyplňa štruktúrované formuláre o úkonoch u aspoň 100 za sebou nasledujúcich pacientov, čím vzniká ročná databáza viac ako 100 000 návštev. V rokoch 1999 – 2000 to bolo celkom 155 690 zdokumentovaných pacientov, z toho 60 % tvorili ženy. V dotazníkoch boli uvedené riešenia z návštevy lekára. Pacientom boli predpísané lieky (95 %), dostali odporúčenie kúpiť voľnopredajný liek (8,5 %) alebo dostali liek v ambulancii (6,3 %) v počte 110 na 100 návštev. Inú formu liečby dostali v počte 42,1 na 1000 návštev. Odporúčenie k špecialistom bolo v pomere 7,3 na 100 návštev a odoslanie k iným zdravotníkom bolo v pomere 3,1 na 100. Laboratórne vyšetrenie u patologických stavov bolo vykonané u 13,8 % a zobrazovacie vyšetrenie (napr. rádiologické) u 6,7 % návštev. Štúdia ukazuje, že 90 % návštev vyriešil rodinný lekár.

Zdroj: Britt H, Miller GC, Charles J, et al. The BEACH (Bettering the Evaluation and Care of Health) Study, Family Medicine Research Centre, Australia.²⁷

Nemecko

Na vyhodnotenie charakteristiky pacientov a starostlivosti v 20 ambulanciách všeobecných praktikov sa použil dotazník. Lekárov v stanovenom období kontaktovalo 1593 pacientov, 58 % boli ženy, priemerný vek bol 47 rokov a 2 % boli deti. U 59 % návštev v ambulancii všeobecný praktík (VP) už poznal pacienta aj jeho problém z predchádzajúcich návštev; u 37 % VP poznal pacienta, ale jeho problém nepoznal; a u 4 % VP nepoznal pacienta ani jeho problém. Približne 40 % problémov boli akútne stavy, 35 % boli krátkodobé chronické (kratšie ako 6 mesiacov) a 25 % boli dlhodobé chronické stavy. Najčastejší úkon boli všeobecné rady (65 %), predpísanie liekov (59 %) a špeciálne poradenstvo k danému problému pacienta (28 %).

Rodinní lekári objednali pacienta na následnú kontrolu v 25 % prípadov, 0,5 % prípadov bolo vyhodnotených ako stav na hospitalizáciu a 9 % bolo odoslaných k špecialistovi. Štúdia ukazuje, že vo väčšine prípadov pacient prišiel za lekárom s problémom, o ktorom lekár už vedel, čo je dôležitý faktor pri diagnostike. Populácia pacientov, ktorá nebola určená výberom, prináša široké spektrum problémov, ktoré si vyžadujú osobité

zručnosti všeobecného lekára. U viac ako 90 % návštev pacientov problém riešil rodinný lekár a len malý počet pacientov bol odoslaný do zariadení sekundárnej alebo terciárnej úrovne starostlivosti.

Zdroj: Karg T, Sandholzer H (osobná komunikácia s autormi).

Južná Afrika

Na analýzu rozsahu starostlivosti poskytovanej na ambulantnej klinike rodinnej medicíny sa získali komplexné štatistické údaje od všetkých pacientov, ktorí boli na klinike v období 21 pracovných dní. Vyšetrených bolo spolu 6864 pacientov, priemerne 327 pacientov za deň. 627 (9 %) pacientov bolo odoslaných k ďalším lekárom na konzultáciu, najčastejšie k internistovi (22 % všetkých odporúčení). Ak by boli k dispozícii možnosti ako zákrovňa alebo lôžka pre pacientov na pozorovanie, z odhadovaných odoslaní by sa ešte 40 % pravdepodobne mohlo vyriešiť na klinike rodinnej medicíny. Táto štúdia ukazuje, že v tejto mestskej, akademickej ambulantnej klinike viac ako 90 % pacientov so zdravotným problémom dokázal riešiť rodinný lekár.

Zdroj: Loots SJ, Steenkamp B (osobná komunikácia s autormi).

Čo prax rodinného lekára znamená pre pacienta

Problémy a výzvy systémov poskytovania zdravotných služieb popísané v Kapitole 2 osobne prežívajú pacienti, ktorí v rámci týchto systémov hľadajú starostlivosť. Okrem iných sú to tieto problémy:

- ▶ fragmentácia služieb;
- ▶ nedostatočne osobný vzťah s lekárom;
- ▶ eskalovanie nákladov;
- ▶ nedostatočná koordinácia starostlivosti;
- ▶ problém zistiť, na ktorého poskytovateľa sa obrátiť;
- ▶ pacient musí konzultovať viacerých poskytovateľov pri bežných problémoch;
- ▶ neadekvátne dostupnosť starostlivosti na vidieku, ale aj v meste.

Všetci členovia rodiny by mali mať možnosť spoľahnúť sa na dobre pripraveného rodinného lekára, ktorý im kompetentne pomôže vo väčšine problémov, ktorý sa stará aj o ich psychickú a fyzickú pohodu a berie pritom do úvahy

ich kultúrne, duchovné a osobné hodnoty. Starostlivosť siaha od poskytovania prenatálnej starostlivosti až po pomoc pacientovi, aby mohol dôstojne umrieť. Pacienti by mali mať istotu, že ich rodinný lekár v prípade potreby odporučí ďalej, bude koordinovať multidisciplinárnu starostlivosť a zorientuje ich v spleti špecializácií a medicínskych technológií, keď si to stav bude vyžadovať. Rodinní lekári budú na tento účel často potrebovať asistenciu ďalších členov tímu, napr. zdravotné sestry či sociálnych pracovníkov, ktorí sa starajú o ich pacientov.

Vo všetkých krajinách by rodinní lekári mali mobilizovať všetky dostupné zdroje, aby popri základnej lekárskej starostlivosti mohli poskytovať aj náležitú zdravotnú výchovu a preventívne služby. Efektívni klinici umožnia skrining tam, kde je vhodný, ale vyhýbajú sa zbytočným vyšetreniam, pričom však dbajú na to, aby ich pacienti nič neopomenuli a boli chránení pred život ohrozujúcim poškodením.

Sú krajiny, kde pacienti dostávajú primárnu starostlivosť od komunitných pracovníkov, ktorí sú často pod dohľadom rodinného lekára. V iných krajinách sú rodinní lekári vyškolení na koordinovanie a podľa závažnosti stavu aj na poskytovanie nemocničnej starostlivosti a v prípade potreby aj na odvedenie pôrodu a vykonanie indikovaného chirurgického zákroku. V každom prípade od rodinného lekára sa očakáva, že bude radiť a zasadzovať sa za zdravie jednotlivých pacientov, ako aj za zdravie komunity (*pozri* Box 3.9).

Kvalita praxe rodinného lekára

Rozdiel v prevalencii chorôb, s ktorými sa stretáva všestranne zameraný všeobecný praktik a s ktorými sa stretáva úzko zameraný špecialista, vysvetľuje do veľkej miery nepochopenie rozdielu medzi týmito dvoma odlišnými prístupmi ku klinickej medicíne. K špecialistovi prichádzajú pacienti, ktorí zvyčajne už absolvovali základné vyšetrenia, a preto patria do inej prognostickej kategórie ako pacienti, ktorí prichádzajú k všeobecnému praktikovi. Medzi pacientmi rodinného lekára, ktorí sa sťažujú na bolesti hlavy, je pravdepodobnosť, že bolesť bude spôsobovať tumor mozgu, mimoriadne nízka: asi menej ako 1 na 1000.^{28, 29} Pacienti neurochirurga, ktorí zvyčajne už boli vyselektovaní procesom odporúčania, majú vyššiu pravdepodobnosť výskytu tumoru mozgu. Z toho dôvodu neurochirurgovia a rodinní lekári budú reagovať odlišným spôsobom v prípade pacienta s bolesťou hlavy. Ak by rodinný lekár ku každému pacientovi pri-

BOX 3.9 Úloha rodinného lekára v boji proti fajčeniu v Dánsku

Na vyhodnotenie vplyvu rodinného lekára na redukciu prevalencie fajčenia výskumníci vykonali randomizovanú kontrolovanú skúšku v ambulanconiách všeobecných praktikov v dánskom meste Ebeltoft. Celkový počet 3464 obyvateľov vo veku 30 – 50 rokov bolo náhodne rozdelených do 3 skupín: kontrolnej skupiny, skupiny osôb, ktorí absolvovali prehliadky v ambulancii bez poradenstva o tom, ako prestať fajčiť, a skupiny osôb, ktorí absolvovali prehliadky a dostávali aj poradenstvo o tom, ako prestať fajčiť, od svojho rodinného lekára. Na začiatku výskumu 50,8 % účastníkov boli fajčiari, čo znamená, že skupiny boli porovnateľné. Po 1 roku v skupine, kde sa konzultovalo s rodinným lekárom, bolo zaznamenané zníženie percenta fajčiarov o 3,5 % ($p < 0.02$) v porovnaní s 1,7 % znížením v kontrolnej skupine a 0,9 % redukciou v skupine s prehliadkami a 1 % redukcie u bežnej populácie v Dánsku. Výsledky štúdie ukazujú, že krátky pohovor o skončení fajčenia počas bežnej prehliadky u všeobecného lekára môže významne redukovať prevalenciu fajčenia.

Zdroj: Refsgaard LJ, Karlslose B, Engberg M, Lassen JF, Lauritzen T (osobná komunikácia s autormi)

stupoval s rovnakým nastavením myslenia ako neurochirurg, náklady na testy a vyšetrenia by boli neúnosné. Ďalej, vyšší počet invazívnych a drahých diagnostických testov a vyšetrení by zvýšil pravdepodobnosť iatrogénnych komplikácií a falošných pozitívnych výsledkov, ktoré by si vyžadovali ešte ďalšie vyšetrenia.

Rozdiel hodnotenia konkrétneho prípadu všestranným všeobecným lekárom v porovnaní so špecialistom do veľkej miery určuje prevalencia ochorení v ich praxi. Preto je potrebná opatrnosť pri generalizácii štandardu kvality na základe limitovanej, vysoko špecializovanej praxe na jednej strane a nediferencovanej populácie u všeobecného praktického lekára na druhej strane. V praxi sú nevyhnutné oba prístupy, ak sa má zabezpečiť poskytovanie vysokokvalitnej starostlivosti pre pacientov, pričom všeobecní praktici synergicky spolupracujú so špecialistami prostredníctvom rozličných spôsobov konzultácií a skupinovej praxe. Napríklad rodinní lekári môžu manažovať početné prípady psoriázy, ale môže sa od nich očakávať, že pacientov so psoriázou odošlú k špecialistovi,

ak je ochorenie rozsiahle, nereaguje na liečbu alebo ak si pacient vyžaduje hĺbkovú konzultáciu alebo usmernenie mimo rozsahu činností praxe primárnej starostlivosti alebo ak treba potvrdiť diagnózu, posúdiť alebo pomôcť

stanoviť vhodný terapeutický režim, alebo pomôcť manažovať zložitejšie prípady, alebo u pacientov, ktorí nereagujú na predtým úspešnú liečbu alebo majú nežiaduce účinky na topickú liečbu, alebo ak si pacient žiada odporúčenie k dermatológovi.³⁰

Rodinní lekári dobre poznajú svojich pacientov na základe dlhodobého kontinuálneho vzťahu. Z tejto interakcie získavajú veľké množstvo jedinečných poznatkov, ktoré im umožňujú posudzovať významnosť ťažkostí pacienta v širších súvislostiach. To umožňuje rodinným lekárom rozpoznať odchýlky od bežne očakávaného správania.³¹ Tieto vedomosti sú neoceniteľnou pomocou pri stanovení presnej diagnózy a určení naliehavosti intervencie.

Pri starostlivosti o pacientov kontinuita slúži ako ďalšia diagnostická pomôcka, ktorá umožňuje pacienta pozorovať dlhšiu dobu a lepšie objasniť povahu problému (niektorí autori to popisujú ako „dovolený odklad“ alebo „tinktúra času“). Ak nejde o život ohrozujúci stav, následné bližšie sledovanie dáva vytrvalému lekárovi možnosť ujasniť si pravdepodobné príčiny, zatiaľ čo pozorne sleduje, ako sa pacientov stav vyvíja, a môže lepšie posúdiť, či je potrebná aktívnejšia intervencia. Týmto spôsobom sa poskytuje vysokokvalitná starostlivosť bez nadmerného diagnostického testovania, mnohé problémy sa vyjasnia alebo spontánne vyriešia, vytvára sa dôvera, znižujú náklady a minimalizuje sa iatrogénne riziko. Kontinuita sa spája s pozitívnymi výsledkami vrátane redukovaného počtu a dĺžky hospitalizácií,³² s menším počtom testov^{33, 34} a väčšou dôverou voči pacientovmu lekárovi.^{35, 36}

Dostupnosť, dlhodobosť (kontinuita) a komplexnosť sú charakteristické znaky rodinného lekárstva a primárnej starostlivosti. Štúdie korelujú tieto charakteristiky s lepšími výsledkami u pacientov všetkých vekových kategórií, ako aj s vyššou pôrodnou hmotnosťou, nižšou chorobnosťou u detí a redukciou hospitalizácií u starších.³⁷ Zistilo sa, že kontinuita a koordinácia starostlivosti sa spája s lepším dodržiavaním liečebného režimu, menším počtom hospitalizácií, nižšími nákladmi.³⁷ Zistila sa až 53% redukcia nákladov, ak sa starostlivosť iniciuje u pacientovho lekára primárnej starostlivosti.¹⁰

Komunitné štúdie celých populácií tiež odrážajú vplyv lekárov primárnej starostlivosti na kvalitu starostlivosti. Analýza úmrtnosti na rakovinu, ochorenie srdca a mozgové príhody (3 najčastejšie príčiny smrti v USA) ukázala konzistentný súvis medzi dostupnosťou lekára primárnej starostlivosti a pozitívnou úrovňou zdravotného stavu, vrátane poklesu počtu obyvateľov, ktorí boli posti-

hnutí týmito chorobami alebo na ne umreli.³⁸ Táto štúdia tiež ukázala, že vyššie počty lekárov primárnej starostlivosti korelovali s nižšou úmrtnosťou u detí, nižšou celkovou úmrtnosťou a vyššou očakávanou dĺžkou života. Ďalšie analýzy dát ukazujú, že tieto výsledky boli primárne viazané na vplyv rodinného lekára, pričom táto asociácia platila aj po očistení údajov od efektu faktorov ako rozdiely medzi mestom a vidiekom, miera chudoby, vzdelanie a životný štýl. Je zaujímavé, že vyšší počet nemocničných lôžok alebo špecialistov sa nespájali s nižšou úmrtnosťou alebo dlhšou očakávanou dĺžkou života.

Ďalší výskum ukázal, že výdavky na starostlivosť o starších občanov USA boli nižšie v tých oblastiach krajiny, kde bol vysoký podiel lekárov primárnej starostlivosti na počet obyvateľov,³⁹ a zistilo sa, že tento pomer je jediným konzistentným prediktorom priaznivejšej vekovo-špecifickej miery úmrtnosti, dokonca aj keď sa brali do úvahy premenné ako úroveň vzdelania, chudoba a život vo vidieckej oblasti.⁴⁰

Štúdia vplyvu primárnej starostlivosti v 12 krajinách Európy a Severnej Ameriky ukázala, že krajiny s rozvinutejším systémom primárnej starostlivosti (kde pôsobia najmä všeobecní praktici) zvyčajne majú nižšie náklady na zdravotnú starostlivosť, pričom tieto nižšie náklady sa dosahujú bez vyššej úmrtnosti, ale pri signifikantne lepších výsledkoch v úrovni zdravia, ktorá sa merala podľa 14 ukazovateľov zdravia, vrátane pôrodnej hmotnosti, úmrtnosti novorodencov, detskej úmrtnosti a na vek upravenej očakávanej dĺžky života.⁴¹ Je to presvedčivý argument v prospech systému poskytovania zdravotných služieb, ktorý je založený na silnej infraštruktúre všeobecných praktikov.

3.4 RODINNÍ LEKÁRI AKO KOORDINÁTORI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Všade vo svete, keď ľudia ochorejú, hľadajú niekoho, kto si ich vypočuje, kto ich pochopí a pomôže im. Ak táto potreba nie je uspokojená v rámci rodiny, obráti sa na komunitné zdravotné služby a najbližšieho dostupného zdravotníka, v prípade potreby hľadajú pomoc u špecialistu alebo v nemocnici. Optimálny zdravotný systém by mal každému zabezpečovať spravodlivý prístup ku komplexným kontinuálnym zdravotným službám.

Komplexná primárna starostlivosť sa usiluje poskytovať základné služby pri prvom kontakte pacienta so zdravotným systémom, zvyčajne na miestnej úrovni.

ni, a integrovať primárnu úroveň so sekundárnou a terciárnou prostredníctvom príslušného odosielania pacienta. Služby integrovanej primárnej starostlivosti majú početné výhody v porovnaní s oddelenými, vertikálne organizovanými programami. Pacienti chodia s väčšinou svojich zdravotných problémov a potrieb na jedno miesto a limitované zdroje sú využité účinnejšie a nákladovo efektívnejšie. Viaceré štúdie preukázali, že systémy, kde je ústredná primárna starostlivosť, prinášajú lepšie zdravotné výsledky a vyžadujú si nižšie náklady na starostlivosť.¹² Koordinácia služieb primárnej starostlivosti však pre mnohé systémy zostáva veľkou výzvou.

Rodinní lekári sú ideálne vybavení na to, aby plnili funkciu koordinátorov v tímoch primárnej starostlivosti, keďže poznajú všetky úrovne zdravotného systému a aktívne pôsobia v širokej škále klinických služieb. Často koordinujú klinické služby starostlivosti pre jednotlivcov, komunikujú s členmi rodiny, členmi zdravotných tímov a so špecialistami alebo nemocnicami. Poznajú pacienta aj zdravotný systém, a preto sú rodinní lekári vo vynikajúcej pozícii rozhodovať, kde a ako v prípade potreby zapojiť špecializované služby.

Rodinný lekár je dôležitý článok, komunikuje, vzdeláva, vytvára spoločné porozumenie medzi týmito subjektmi v prospech pacienta (*pozri* Box 3.10).

Zoznamy alebo registre pacientov umožňujú rodinným lekárom identifikovať všetkých pacientov v rámci ich praxe s určitým problémom ako napr. diabetes. Ak to dovoľujú zdroje, elektronické lekárske záznamy alebo informačné systémy sa môžu využiť ako nástroje na zber a sumarizáciu informácií o pacientoch s určitým špecifickým problémom. Sestry alebo asistenti v rámci tímu primárnej starostlivosti môžu tieto zoznamy pravidelne kontrolovať a overovať, či všetci pacienti, napríklad s cukrovkou, boli na kontrole a dostávajú potrebnú liečbu a následnú starostlivosť. Môžu kontaktovať všetkých pacientov, ktorí neboli na vyšetrení, a zabezpečiť im potrebný skrining, imunizáciu a manažment chronického stavu. Tento typ starostlivosti o špecifickú populáciu sa dá aplikovať na mnohé iné zdravotné problémy, ktoré sú medicínsky podložené, s cieľom pacientov čo najlepšie monitorovať a liečiť.⁴²

Niektoré zdravotné systémy určujú všeobecného praktického/rodinného lekára ako vstupnú bránu do zdravotného systému. V týchto systémoch si jednotlivec vyberie konkrétného rodinného lekára alebo je mu pridelený, alebo je pridelený skupinovej praxi. Rodinný lekár si vedie zoznam alebo register jemu pridelennej populácie. S výnimkou akútnych stavov musia pacienti s akýmkoľvek problémom najprv kontaktovať svojho rodinného lekára. Rodinný lekár zhod-

BOX 3.10 Koordinovaná starostlivosť o pacienta s tuberkulózou

Pán Y, 40-ročný ženatý otec 6 detí, sa sťažoval svojmu rodinnému lekárovi na bolesti chrbta, ktoré sa v priebehu niekoľkých týždňov zhoršili. Počas vyšetrenia si jeho rodinný lekár Dr. M všimol mokvavý absces lumbálnej oblasti. Kultivácia ukázala aktívnu tuberkulózu a na RTG snímke bolo vidno čiastočnú deštrukciu štvrtého lumbálneho stavca. Dr. M prijal pána Y do nemocnice na konzultovanie stavu s rádiológmi, ortopedickým chirurgom, neurológmi a odborníkom na infekčné choroby, aby sa pre pacienta vypracoval liečebný plán. V určitej chvíli mal pán Y taký strach a obavy o svoju rodinu, že chcel z nemocnice odísť. Po rozhovore s Dr. M, so sociálnou pracovníčkou a s členmi rodiny bola zariadená pre rodinu pomoc a pacient zotrval v nemocnici, pokiaľ to bolo potrebné.

Skôr ako bol pán Y prepustený z nemocnice, Dr. M kontaktoval odbor verejného zdravotníctva. Zariadil, aby komunitné sestry vykonali v rodine pána Y tuberkulózne testy, zariadil ambulantnú liečbu a dohľad nad medikamentóznou liečbou a sledoval pacienta aj jeho rodinu, kým sa problém infekcie nevyriešil. Niekoľkokrát, keď sa pán Y cítil lepšie, chcel prestať užívať lieky, ale po rozhovore s Dr. M a komunitnými sestrami súhlasil, že liečbu absolvuje do konca. Tuberkulóza pána Y sa vyliečila a mohol sa vrátiť do práce a k rodinnému životu bez trvalých následkov.

Zdroj: Matthews R (osobná komunikácia).

notí ohrozenie pacienta a potom rozhodne kedy, kde a či vôbec pacienta odoslať k špecialistovi, alebo či sú potrebné iné diagnostické testy a vyšetrenia. Keď rodinní lekári alebo iní všestranní lekári slúžia ako vstup do zdravotnej starostlivosti, pacienti majú nižšiu mieru nepotrebných návštev či vyšetrení a nižšie náklady na zdravotnú starostlivosť.⁴³

Prieskum rodinných lekárov v 51 krajinách ukázal, že 8 % respondentských krajín určuje rodinného lekára ako vstupné miesto pre všetkých pacientov, 24 % určuje rodinného lekára ako vstupné miesto pre všetkých pacientov s výnimkou tých, čo starostlivosť chcú na súkromnej báze, a 39 % krajín určuje rodinného lekára ako vstupné miesto pre určitých pacientov, zatiaľ čo 29 % neurčuje pre rodinných lekárov úlohu vstupného miesta.¹

V krajinách, kde rodinní lekári neplnia funkciu vstupného miesta, existujú iné stratégie na posilnenie koordinačnej úlohy rodinných lekárov. Jedna zo stratégií môže byť dohoda o kompetenciách a povinnostiach rodinných leká-

BOX 3.11 Ako rozvíjať úlohu rodinného lekára ako koordinátora starostlivosti**Zabezpečiť kontinuitu starostlivosti pre špecifickú skupinu pacientov s cieľom:**

- rozvíjať porozumenie pacienta, jeho rodiny a prostredia v rámci komunity;
- vytvoriť dôveru a súlad;
- sledovať pacientov počas progresie ochorenia;
- spolupracovať so špecialistami a ďalšími zdravotnými aktérmi v komunite.

Starostlivosť o celé rodiny s cieľom:

- poznať mnohých členov rodiny;
- chápať rodinnú dynamiku;
- efektívne zabezpečiť osvetu a ďalšie služby pre rodiny.

Rozvíjať komunikačné a organizačné zručnosti s cieľom:

- viesť stretnutia s rodinami;
- organizovať tímy a viesť ich pracovné stretnutia;
- rozvíjať vzťahy so špecialistami.

Vytvárať a udržiavať komplexné zdravotné záznamy s cieľom:

- organizovať anamnestické informácie o pacientovi a jeho rodine;
- zhromažďovať informácie z viacerých zdrojov zdravotnej starostlivosti na jednom mieste;
- viesť dekurz o problémoch a medikácii;
- optimalizovať liečbu;
- predchádzať nežiaducej interakcii liekov;
- zaznamenávať preferencie pacienta pre spôsoby liečby.

Viesť zoznam pacientov v rámci praxe, ktorí majú spoločné chronické problémy, s cieľom:

- zabezpečiť, že pacienti s týmito problémami budú dostávať vysokokvalitnú starostlivosť založenú na najlepších medicínskych dôkazoch;
- vytvoriť mechanizmy na pravidelné meranie zdravotného stavu týchto pacientov a kvality starostlivosti v súlade so smernicami.

Vymedziť úlohy a povinnosti všeobecných praktických/rodinných lekárov vo vzťahu k ďalším poskytovateľom zdravotnej starostlivosti s cieľom:

- zdokonaľovať konzultačné zručnosti, pripraviť pacientov na konzultáciu, zosumarizovať pacientovu anamnézu, zostaviť otázky pre konzultanta – špecialistu, po hospitalizácii alebo konzultácii pokračovať v starostlivosti;
- koordinovať aktivity medzi špecialistami – konzultantmi, rodinnými lekármi a ďalšími členmi zdravotného tímu.

Vzdelávať rodinných lekárov o možnostiach zdrojov v komunite s cieľom:

- vedieť, kedy a ako pristupovať k možnostiam zdravotných zdrojov komunity v prospech pacientov;
- mobilizovať dostupné zdroje;
- identifikovať nenaplnené potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti;
- v prípade potreby rozvíjať nové možnosti a využívať nové zdroje pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

rov a o ich vzťahoch s ďalšími zdravotníkmi. Špecialisti poskytujú konzultácie, posudzujú stav a odporúčajú ďalší postup v rámci svojej odbornosti, pričom posilňujú úlohu rodinných lekárov ako koordinátorov starostlivosti. Prístupy, ktoré rodinným lekárom umožňujú vykonávať funkciu koordinátora starostlivosti o pacienta, sú uvedené v Boxe 3.11.

Ani najlepšia národná zdravotná stratégia nie je efektívna, ak sa služby zdravotnej starostlivosti neuskutočňujú vtedy a tam, kde sú potrebné na komunitnej úrovni. Zatiaľ čo rodinní lekári a tímy primárnej starostlivosti zameriavajú svoje úsilie na jednotlivcov, rodiny a komunity sa opierajú o koordináciu so zdravotnými programami na okresnej a regionálnej úrovni s cieľom poskytovať celé spektrum nevyhnutných zdravotných služieb. Efektívna realizácia primárnej starostlivosti si vyžaduje integrovanie služieb v rámci týchto sietí komunitných a regionálnych poskytovateľov.^{22, 44}

Rodinní lekári a tímy primárnej zdravotnej starostlivosti sú v ideálnej pozícii, aby integrovali individuálne a komunitné zdravotné služby. Rodinní lekári a ostatní členovia tímov primárnej starostlivosti poskytujú preventívnu a liečebnú starostlivosť a väčšinu svojho času venujú poskytovaniu osobnej starostlivosti jednotlivcom. Avšak komunitné zdravie si môže vyžadovať rôzne ďalšie vedomosti, zručnosti a činnosti ako napr. z epidemiológie, v komunitnej diagnostike, v komunitnej zdravotnej výchove, z organizovania komunity, v podpo-

re zainteresovania rodín a komunity na zlepšovanie zdravia.¹⁵ Nie je nevyhnutné, aby mal každý člen tímu primárnej starostlivosti všetky tieto zručnosti, ale rodinný lekár môže významným dielom prispieť k orientácii tímu primárnej starostlivosti na komunitu, ak má niektoré z uvedených zručností a medzi členmi tímu podporuje aktivity v oblasti komunitného zdravia (*pozri* Tabuľku 3.6).¹⁶

TABUĽKA 3.6 Dopĺňujúce klinické a komunitné zručnosti

Klinické zručnosti	Komunitné zručnosti
Vyšetrenie pacienta	Zhodnotenie podľa analýzy ukazovateľov, prieskumov a vzoriek z celej komunity
Diagnóza pacientovho problému	Identifikácia typov zdravotných problémov a ich rozloženia v komunite
Zhodnotenie zdravotného stavu a podpora zdravia jednotlivca	Zhodnotenie zdravia celej komunity alebo jej podskupín
Liečba podľa diagnózy, preferencií a zdrojov pacienta	Liečba na základe zdravotných problémov komunity, priorít a zdrojov
Ďalšie intervencie, zvyčajne v dôsledku pacientom iniciovaného záujmu o problém	Intervencie, následná analýza dát a identifikácia trendov v komunite
Následné pozorovanie, určenie potreby ďalších vyšetrení alebo liečby	Pokračovanie sledovania, určenie následných opatrení a programov

Zdroj: adaptované podľa Kark SL, 1981.¹⁵

Rodinní lekári pôsobia aj ako premostenie a prepojenie medzi individuálnymi a komunitnými zdravotnými službami na komunitnej a regionálnej úrovni. Sú v ideálnej pozícii na to, aby mohli pozorovať interakcie medzi úsilím v oblasti zdravia u jednotlivca a v prípade komunity a určovať stratégie na prepojenie súvisiacich programov v prospech celej komunity. Koordinovanie poskytovania služieb primárnej zdravotnej starostlivosti s komunitnými programami si vyžaduje čas a zváženie nákladov a prínosov. Programy orientované na komunitu však nemôžu nahradiť individuálnu starostlivosť. Na začiatok môže byť potrebné, aby sa rodinní lekári, členovia tímov a pracovníci komunity a verejného zdravotníctva stretli a objasnili si spoločné záujmy a problémy. Postupom času, keď spoločné úsilie prinesie výsledky, partneri môžu plánovať ďalšie kom-

BOX 3.12 Ako zvýšiť orientáciu rodinných lekárov a tímov primárnej starostlivosti na komunitu

- Vzdelávať rodinných lekárov v oblasti komunitného zdravia, epidemiológie, organizácie komunity a prípravy zdravotných stratégií.
- Zabezpečiť rodinným lekárom čas na pravidelné stretnutia s vedúcimi osobnosťami/orgánmi komunity a nositeľmi kľúčových informácií na prediskutovanie zdravotných problémov v komunite a možností spolupráce.
- Prizývať komunitu k hodnoteniu zdravia a plánovaniu programov.
- Povzbudzovať členov tímu primárnej starostlivosti k účasti na komunitných stretnutiach, organizovaní podujatí a programov o zdraví, prezentovať hodnotenia zdravia, diskutovať o rizikách a určovať vhodné aktivity.
- Získavať komunitných zdravotných pracovníkov pre účasť na uskutočňovaní programov primárnej starostlivosti.
- Prostredníctvom existujúcich komunitných organizácií mobilizovať podporu a zdroje pre zdravotné vzdelávanie a programy prevencie.
- Vytvárať koalície medzi samostatne fungujúcimi zdravotnými programami, deliť sa o informácie a rozvíjať spoločné ciele.
- Vymedziť povinnosti rodinných lekárov a členov tímov primárnej starostlivosti ako koordinátorov komunity pre oblasť zdravia.
- Určovať zdroje, merať výsledky a zabezpečovať stimuly pre komunitné projekty spolupráce v oblasti zdravia.

plexnejšie projekty, na ktorých budú spolupracovať. Box 3.12 popisuje stratégie uľahčujúce interakciu medzi rodinnými lekármi, ďalšími poskytovateľmi primárnej starostlivosti a komunitou.

3.5 RODINNÍ LEKÁRI AKO VODCOVIA, MANAŽÉRI A SUPERVÍZORI

Rodinní lekári sa orientujú na pacienta ako celok, sú školení v starostlivosti o pacientov všetkých vekových kategórií, a preto sú pripravení na to, aby viedli klinické a komunitné zdravotné služby v prospech celej komunity.

Rodinní lekári môžu spozorovať anomálie počas interakcie s pacientom a ich úlohou je hlásiť prípady anomálií, keď sa objavia pri väčšom počte ľudí

alebo keď dôjde k nezvyčajnému nárastu anomálií. Môžu si všimnúť trend v prípade ochorení, zranení alebo rizík skôr, ako sa iní dozvedia o takých problémoch.

Také zistenia môžu podnietiť opatrenie v oblasti verejného zdravia alebo výskumný projekt. Na základe interakcie s ďalšími zdravotníkmi si rodinní lekári môžu všimnúť problémy v poskytovaní služieb alebo ich kvalite. Kombinácia poznatkov, zručností, skúseností a pozície autority rodinným lekárom dáva predpoklady na úlohu vodcu vo veciach zlepšovania kvality, organizácie, riadenia, integrácie a hodnotenia zdravotných služieb poskytovaných komunite, o ktorú sa stará. Manažérske zručnosti si môžu zdokonaľovať prostredníctvom kurzov, konzultácií a štúdiom literatúry ako napr. časopisov zameraných na manažment praxe (*pozri* Box 3.13).

Rodinní lekári môžu 1. plne zabezpečovať alebo 2. sa podieľať na vykonávaní, alebo 3. delegovať niektoré z nasledujúcich vodcovských funkcií⁴⁶ potrebných pre efektívne poskytovanie primárnej starostlivosti:

- ▶ Plánovanie a vytyčovanie cieľov;
- ▶ Organizácia a uskutočňovanie služieb a plánov;
- ▶ Nábor personálu;
- ▶ Výcvik a zabezpečenie kontinuálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov;
- ▶ Monitorovanie pracovných podmienok;
- ▶ Dohľad a zabezpečenie kompetentného výkonu všetkých úloh;
- ▶ Podpora zapájania komunity;
- ▶ Rozvíjanie programov spolupráce medzi rôznymi skupinami v oblasti zdravia;
- ▶ Pestovanie vzťahov;
- ▶ Hodnotenie programov;
- ▶ Inšpirovanie a motivovanie pracovníkov.

Rodinní lekári sú v mnohých prípadoch v konečnom dôsledku zodpovední za kvalitu služieb poskytovaných v rámci ich tímu a za spokojnosť pacientov s poskytovanými službami. Často vykonávajú prácu a riadia aktivity, ktoré sú postavené na spolupráci. Niektoré z týchto funkcií rodinných lekárov môžu zahŕňať priame pozorovanie klinickej starostlivosti, poskytovanie spätnej väzby, revidovanie postupov, navrhovanie protokolov a vedenie pravidelných doškolicích vzdelávacích programov.

BOX 3.13 Manažment praxe pre rodinných lekárov

Americká akadémia rodinných lekárov (AAFP) zaviedla program manažmentu praxe rodinného lekára s cieľom pomôcť lekárom efektívne vykonávať svoju lekársku prax v prostredí zdravotného systému, ktorý sa neustále vyvíja. Program je dostupný on-line prostredníctvom web stránky AAFP.⁴⁵ Rodinní lekári môžu absolvovať on-line samostatný test na zhodnotenie efektívnosti ambulancie ich lekárskej praxe a určiť oblasti, kde sa potrebujú zlepšiť.

Program sleduje tieto oblasti:

- **Meranie a zlepšovanie klinickej starostlivosti** – postupy správnej praxe a na zlepšovanie kvality.
- **Zlepšovanie spokojnosti pacientov** – komunikačné zručnosti, vzdelávanie pacienta, zisťovanie spokojnosti pacientov.
- **Spravovanie efektívnej praxe** – efektívne časovanie návštev, personálne otázky, manažment po telefóne, posielanie textových správ pripomínajúcich pacientom návštevu u špecialistu alebo rodinného lekára.
- **Finančný manažment** – náležité vykazovanie a dokumentácia, vyjednávanie zmlúv, pochopenie finančných výkazov.
- **Medicínska etika, predpisy a pravidlá** – zachovávanie lekárskeho tajomstva, bezpečnosť zdravotných záznamov a dodržiavanie nariadení pre ambulancie a laboratória.
- **Využívanie počítačov a informačných systémov** – porovnanie ambulantných počítačov, elektronické lekárske a zdravotné záznamy, používanie internetu, užitočných webových stránok pre rodinného lekára a programov, ktoré uľahčujú prepojenie s rádiológiou, laboratóriami a sekundárnou starostlivosťou.
- **Monitorovanie trendov v zdravotnej starostlivosti** – novinky, správy a analýzy zo zdravotníctva a zo zdravotníckej legislatívy.
- **Vodcovstvo**: strategické plánovanie, efektívne vedenie stretnutí, vytvorenie a prevádzkovanie skupinovej praxe.
- **Rozvoj kariéry a praxe** – zhodnotenie príležitostí v rámci praxe, zručnosti efektívneho učiteľa.
- **Vyvážený život** – ako zosúladiť požiadavky profesionálneho a súkromného života, zvládanie stresu, manažovanie času.

BOX 3.14 Program rodinného zdravia v Brazílii^{47, 48}

Epidemiologický profil Brazílie odhaľuje výrazné nerovnosti v zdravotnom stave a vo 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 základnej starostlivosti, decentralizácii a spoluúčasti komunity. NZS je organizovaný na federálnej, štátnej a obecnej úrovni, 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. Výzvou je okrem iného vytvoriť optimálne systémy pre koordinované poskytovanie zdravotných služieb, posilnenie miestnych manažerských 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.

Rodinní lekári môžu plniť rozmanité vodcovské úlohy v komunite, od poskytovania neformálnych rád až po výkon úlohy manažéra verejného zdravia. Niektoré zdravotné systémy v súčasnosti podporujú vodcovské úlohy rodinných lekárov a ich prípravu už z pozícií dekanov lekárske fakúlt (*pozri* Box

BOX 3.15 Ako umožniť rodinným lekárom stať sa vodcami

- Poskytnúť vzdelanie na prípravu rodinných lekárov zamerané na konkrétne vodcovské zručnosti v oblasti vývoja zdravotných programov, pridelovania zdrojov, riadenia a spolupráce medzi sektormi.
- Podporovať kontinuálne vzdelávanie, aby boli rodinní lekári informovaní o zmenách v zdravotnom systéme, meniacich sa potrebách a možnostiach skvalitňovania služieb zdravotnej starostlivosti.
- Delegovanie zodpovednosti za starostlivosť o pacienta tak, aby sa úlohy poskytovania služieb náležite rozdelili medzi rodinného lekára a ďalších členov tímu, aby rodinní lekári mali čas na vykonávanie svojich vodcovských úloh.
- Poskytnúť stimuly na motiváciu rodinných lekárov k prevzatiu úlohy vodcov a odmeňovať ich za výkon tejto úlohy.
- Rozvíjať komunitné partnerstvá, aby sa integrovali klinické a komunitné zdravotné služby.
- Určiť autoritu na uznanie a vymedzenie konkrétnych vodcovských povinností rodinných lekárov.
- Poskytnúť rodinným lekárom ciele školenie zamerané na tímovú prácu, konsenzuálny manažment a riešenie konfliktov.

3.14). Ak rodinní lekári nie sú pripravení alebo všetok čas venujú len poskytovaniu individuálnej starostlivosti pacientom, ich potenciál ako vodcov sa nemôže uplatniť.

Rodinní lekári majú jedinečné postavenie, ktoré im umožňuje viesť a zlepšovať programy primárnej starostlivosti, ale na plnenie tejto funkcie potrebujú podporu a zručnosti. Určité kroky, ktoré rodinným lekárom umožnia stať sa vodcami, sú v Boxe 3.15.

Vzdelanie a profesionálny rozvoj, ktoré pripraví rodinných lekárov na tieto mnohoraké úlohy v zdravotných systémoch, sú rozpracované v nasledujúcej kapitole.

ODKAZY

1. Gilbert T, Culpepper L. World Survey of Family Practice and General Practice. In: *Proceedings of the International Conference on the Education of Family Physicians*,

- 26–28 October 1993, Bethesda, MO, USA. Bethesda: National Institutes of Health, 1993: 16.
2. Bentzen BG, Bridges-Webb C, Carmichael L, et al. *The Role of the General Practitioner/ Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA, 1991*. Available at: medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf
 3. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, 1997.
 4. World Health Organization. *World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever)*. Available at: www.who.int/whr/2008/en/
 5. WHO Regional Office for Europe. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. In: *Draft Charter for General Practice/ Family Medicine in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/DLVR/01 0301: Annex 3).
 6. College of Family Physicians of Canada. Four principles of family medicine. In: *Section of Teachers of Family Medicine Committee on Curriculum. The postgraduate family medicine curriculum: an integrated approach*. College of Family Physicians of Canada, 2003: 8–10.
 7. Phillips WR, Haynes DG. The domain of family practice: scope, role and function. The Keystone papers: formal discussion papers from Keystone iii, 2001; **33**(4): 273–7.
 8. JANUS Project. College of Family Physicians of Canada, 2012. Available at: www.cfpc.ca/Janus/
 9. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *Journal of the American Medical Association*. 1995; **274**(4): 305–11.
 10. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*. 1996; **43**(1): 40–8.
 11. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit*. 2012; **26**(Suppl. 1): 20–6.
 12. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press, 1998.
 13. Howe A. Medical generalism: why expertise in whole person medicine matters. Royal College of General Practitioners, 2012. Available at: www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy_areas/~media/Files/Policy/A-Z%20policy/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx
 14. Pritchard P. *Manual of PHC: its nature and organization*. 2nd ed. Oxford Medical Publications, 1981.

15. Kark SL. *The Practice of Community-Oriented Primary Care*. Appleton-Century-Croft, 1981.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000; **320**(7234): 569–72.
17. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition (Part B: Curriculum Guide Topics, Topic 4: Being an effective team player), 2011. Available at: www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf
18. Boelen C. *Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper*. Geneva: World Health Organization, 2000.
19. White KL, Williams F, Greenberg BG. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*. 1961; **265**(18): 885–92.
20. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, et al. The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*. 2001; **344**(26): 2018–20.
21. Heath I. *The Mystery of General Practice*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995.
22. Kahssay HM, Taylor ME, Berman PA. *Community Health Workers: the way forward*. Geneva: World Health Organization, 1998 (Public Health in Action, No.4).
23. Schmidt HG et al. Network of community-oriented educational institutions for the health sciences. *Academic Medicine*. 1991; **66**(5): 259–63.
24. Mash B (ed). *Handbook of Family Medicine*. Cape Town: Oxford University Press, 2000.
25. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *Journal of Family Practice*. 2001; **50**(3): 211–15.
26. Transitioproject. *TranHis for Windows*. Available at: www.transitioproject.nl
27. Britt H, Miller GC, Charles J, et al. *The BEACH (Bettering the Evaluation and Care of Health) Study*. Available at: sydney.edu.au/medicine/fmrc/beach/
28. Becker LA, Green LA, Beaufait D, et al. Use of CT scans for the investigation of headache: a report from ASPN, Part 1. *Journal of Family Practice*. 1993; **37**(2): 129–34.
29. Becker LA, Green LA, Beaufait D, et al. Detection of intracranial tumors, subarachnoid hemorrhages, and subdural hematomas in primary care patients: a report from ASPN, Part 2. *Journal of Family Practice* 1993; **37**(2): 135–141.
30. Poulin Y, Wasel N, Chan D, et al. Evaluating practice patterns for managing moderate to severe plaque psoriasis: role of the family physician. *Can Fam Physician*. 2012; **58**(7): 390–400.
31. Stange KC, Jaén CR, Flocke SA, et al. The value of a family physician. *Journal of Family Practice*. 1998; **46**(5): 363–8.

32. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*. 1984; **252**: 2413–17.
33. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*. 1997; **314**(7098): 1870–3.
34. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*. 1991; **303**: 1181–4.
35. Mainous AG, Baker R, Love MM, et al. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*. 2001; **33**(1): 22–7.
36. Thomas P, Griffiths F, Kai J, et al. Networks for research in primary health care. *British Medical Journal*. 2001; **322**: 588–90.
37. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*. 2005; **83**: 457–502.
38. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*. 1994; **24**(3): 431–58.
39. Welch WP, Miller ME, Welch HG, et al. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; **328**: 621–7.
40. Farmer FL, Stokes CS, Fisher RH. Poverty, primary care and age-specific mortality. *Journal of Rural Health*. 1991; **7**: 153–69.
41. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; **60**(3): 201–18.
42. Rivo ML. It's time to start practicing population-based health care. *Family Practice Management*. 1998; **5**(6): 37–46.
43. Starfield B. International comparisons of primary care systems. In: *Proceedings of the International Conference on the Education of Family Physicians, 26–28 October 1993, Bethesda, MD, USA*. Bethesda: National Institutes of Health 1993: 17–18.
44. Janovsky K. The challenge of implementation: district health systems for primary health care. Geneva: World Health Organization, 1988 (document WHO/SHS/DHS/88.1, Rev. 1).
45. American Academy of Family Physicians. Family Practice Management. Available at: www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/fpm.html
46. Flahault D, Roemer MI. Leadership for primary health care. Levels, functions and

- requirements based on 12 case studies. Geneva: World Health Organization 1986 (Public Health Papers, No. 82).
47. Viana AL, Dal Poz MR. *Family health program as a strategy to reform the health system in Brazil. Brazil towards a new health care model*. Ministerio da Saude, Governo Federal Brasil, 2000.
48. Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; **60**: 13–19.
49. Sutton M. Improving patient care. Cultural competence, it's not just political correctness, it's good medicine. *Family Practice Management*. 2000; **7**: 58–60.
50. Folsom Group. Communities of solution: The Folsom Report revisited. *Annals of Family Medicine*. 2012; **10**: 250–60.

KAPITOLA 4

Vzdelávanie a profesionálny rozvoj

Táto kapitola sa venuje vzdelávaniu a profesionálnemu rozvoju vo všeobecnom praktickom/rodinnom lekárstve a usiluje sa odpovedať na tri základné otázky:

1. Čo je vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve?
2. Prečo je vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve odlišné od iných typov medicínskeho vzdelávania?
3. Ako by sa malo vykonávať vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve?

Táto kapitola prináša odpovede na uvedené otázky a zároveň sa venuje celej škále aspektov vzdelávania rodinných lekárov vrátane základného pregraduálneho medicínskeho vzdelávania, postgraduálneho medicínskeho vzdelávania, odborných školení a kontinuálneho profesionálneho rozvoja. Cieľom je uviesť vzdelávanie v odbore rodinného lekárstva a primárnej starostlivosti do dvoch kontextov jednak ako ucelené medicínske vzdelávanie a jednak ako náuku o systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti, ďalej popísať obsah a štruktúru vysokokvalitnej odbornej prípravy v rodinnom lekárstve a poukázať na to, čo je mimoriadne dôležité pri navrhovaní a rozvíjaní celosystémového prístupu k medicínskemu vzdelávaniu v oblasti primárnej starostlivosti.

Treba poznamenať, že táto kapitola sa venuje konkrétne vzdelávaniu a profesionálnemu rozvoju rodinného lekára ako podstatného medicínskeho špecialistu v mnohých systémoch primárnej starostlivosti, ale na oblasť rodinného lekárstva by sa nemalo nahliadať ako na niečo, čo náleží výlučne len lekárovi. Ak má byť rodinný lekár úspešný, potrebuje tím, a tím primárnej starostlivosti by nepochybne mal byť zdatný v oblasti princípov a praxe rodinného lekárstva. Komplexný prehľad interdisciplinárneho vzdelávania presahuje rámec tejto kapitoly, ale dôležité je uznať, že pracovníci primárnej starostlivosti každého typu môžu mať úžitok zo vzdelávania a profesionálneho rozvoja v rodinnom

lekárstve – sestry, pôrodné asistentky, poskytovatelia starostlivosti na strednej úrovni, napr. asistenti lekára, medicínski asistenti, komunitní zdravotníci a ďalší, ktorí pracujú s tímom primárnej starostlivosti.

4.1 ČO JE VZDELÁVANIE A ŠKOLENIE V RODINNOM LEKÁRSTVE?

Spoločné základy medicínskeho vzdelávania

Na pochopenie osobitostí vzdelávania a školenia v odbore rodinného lekárstva najprv treba pochopiť základné koncepty vzdelávania a školenia najmä vo vzťahu k medicíne. Tradične sa vzdelávanie poníma ako formálne akademické vzdelávanie jednotlivcov. Na začiatok poskytuje vzdelávanie základy toho, ako žiť dobrým a plodným životom.¹⁻³ Ako rastieme, začíname pozornosť presúvať od základov ku konkrétnym záležitostiam, napr. na ktoré oblasti by sme mohli zamerať svoje plodné úsilie a ako byť úspešní. Ako sa naše zameranie konkretizuje, vzdelávacie ciele sa zužujú od širšie koncipovaných na užšie definované ciele.

V oblasti medicíny všeobecné ciele medicínskeho vzdelávania sú:

- ▶ vybaviť lekárov náležitými vedomosťami, postojmi a zručnosťami potrebnými na napĺňanie zdravotných potrieb jednotlivcov a komunít, v ktorých budú pôsobiť;
- ▶ vytvoriť, zachovávať a zlepšovať normy pre vysokokvalitnú lekársku prax a zdravotnú starostlivosť;
- ▶ získať a pripraviť nových školencov, ktorí budú v profesii pokračovať a obnovovať ju pre budúcnosť.

Počas pregraduálneho medicínskeho vzdelávania sa školy zameriavajú na poskytnutie minimálneho rozsahu medicínskej výučby a praxe, ktorý postačuje na udelenie titulu z medicíny. Titul má indikovať, že absolvent dosiahol akademické porozumenie profesie, ktoré predstavuje minimálnu kvalifikáciu potrebnú pre ďalšie činnosti v oblasti medicíny, napr. klinickú prax alebo medicínsky výskum.

Treba poznamenať, že ciele medicínskeho vzdelávania pred začatím praktickej činnosti nemusia byť presne rovnaké ako ciele študenta medicíny, i keď by mali byť úzko zosúladené. Typickým primárnym cieľom študenta medicíny je získať spôsobilosť v základoch poskytovania vysokokvalitnej zdravotnej starost-

livosti, počnúc získaním adekvátnych medicínskych vedomostí potrebných pre jej poskytovanie pacientovi až po znalosti potrebné na navigovanie medicínskej praxe v rámci dynamického systému zdravotnej starostlivosti.

Keď učitelia sa ukončia základné medicínske vzdelanie, začnú sa transformovať zo študentov medicíny na aktívnych vykonávateľov lekárstva. Podobne aj úsilie medicínskeho vzdelávania tiež neustále prechádza transformáciou od tradičnejšieho akademického vzdelávania na kontinuálny profesionálny rozvoj prostredníctvom vzdelávania a školenia zameraného na rozvíjanie špecifických odborných zručností. Ciele systému školenia v medicíne sa posúvajú od primárne široko koncipovaného teoretického štúdia spojeného s najzákladnejšími lekáorskými spôsobilosťami k následnému dosahovaniu pokročilých zručností a úrovne spôsobilosti konzistentnej s minimálnou akceptovateľnou úrovňou kvality v konkrétnej oblasti medicínskej praxe. Pre tento účel dochádza k posunu miesta odbornej prípravy od akademického prostredia na lekárskej fakulte k prostrediu praxe na klinike alebo v nemocnici. Na mnohých miestach sveta, ale nie všade, sa toto školenie uskutočňuje prostredníctvom štruktúrovaných postgraduálnych doškoľovacích programov v konkrétnej špeciálnej oblasti medicíny, ktoré sa v určitých systémoch nazývajú stáže.

Súbežne s týmto posunom v systéme vzdelávania sa školenci začínajú zaujímať o prostredie, v ktorom by chceli v budúcnosti pracovať, a o prax, ktorú by chceli vykonávať. Ich študijný štýl a záujem sa začína dôraznejšie presúvať od pedagogiky, tradičných metód výučby, často založených na pôvodných princípoch výučby detí, k andragogike, resp. vzdelávaniu dospelých. Prostredníctvom tohto posunu od pedagogiky k andragogike sa školenci viac začínajú zameriavať na spoluúčasť na rozhodovaní o ich vlastnom učení. Sú viac orientovaní na cieľ a začínajú požadovať vyššiu relevantnosť a rešpekt, pričom vyhľadávajú vzdelávanie, ktoré sa viac zameriava už nie na akademické, ale na praktické aspekty. Školenci začínajú rozvíjať viac individuálny koncept svojej budúcej lekárskej kariéry a hľadajú možnosti doškoľovania zameraného konkrétne na dosiahnutie kompletnej škály spôsobilostí potrebných pre lekára vykonávajúceho dotknutý typ činnosti. V praxi to často znamená postgraduálne odborné doškoľovanie zamerané na získanie vedomostí v predmetnej špeciálnej oblasti medicíny.

Cieľ školenca, ktorý už začal pôsobiť v praxi, bude celoživotné udržiavanie a rozvíjanie spôsobilostí v zvolenej oblasti medicínskej praxe. Získanie nových zručností môže byť tiež prínosom aktuálnej praxe. Vzdelávacie systémy sa vyp-

racovali a naplňajú tieto potreby ďalšieho vzdelávania a školenia prostredníctvom kontinuálneho profesionálneho rozvoja a vzdelávania.

Tieto programy sú obvykle výrazne orientované na prax, časovo ohraničené a ponúkajú širokú škálu kontextov a formátov.

Pri hodnotení celkových cieľov medicínskeho vzdelávania treba mať na zreteli aj ciele vzdelávacieho systému krajiny a obyvateľov. V každom systéme by mala kombinácia vzdelávania pred výkonom povolania a popri výkone povolania garantovať adekvátne počty zdravotníkov s rozsahom zručností, ktorý zodpovedá konkrétnym zdravotným potrebám obyvateľov. V neposlednom rade treba brať do úvahy aj cieľ pacienta. Z pohľadu pacienta je žiaduce, aby výsledkom medicínskeho vzdelávania boli dobre pripravení a vyškolení poskytovatelia, ktorí im pomôžu dosahovať maximálnu úroveň želaného zdravotného stavu.

Evolúcia medicínskeho vzdelávania a rodinné lekárstvo

Počiatočná reforma

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 bolo toto hnutie 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 oddeleniu 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. Pozoruhod-

ný 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 zladať poslanie medicínskych vzdelávacích inštitúcií s novými výzvami a problémami zdravotných systémov.¹¹² Následná explózia medicínskych informácií viedla k ďalšej expanzii a podrobnejšiemu deleniu vzdelávacích osnôv pre výučbu medicíny. Študenti sa prirodzene snažili vyrovnáť 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 vzdelávania. Po 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 komunít 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 možnostiam alokovaných ľudských a iných zdrojov.⁷

V priebehu rokov Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) podporovala viaceré súvisiace vzdelávacie aktivity. Koncom šesťdesiatych rokov iniciovala na celom svete 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 komunít. V r. 1979 WHO podporila vytvorenie Siete 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 komunít spolupracou s ďalšími zainteresovanými stranami a aktérmi v komunite (www.the-networktuft.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 politické, ekonomické a sociálne vplyvy 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 determinánt 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

BOX 4.1 Zosúladzovanie 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 umožnil praktický výkon komplexnej zdravotnej starostlivosti, 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 doškolicích programov v rodinnom lekárstve. Brazílska spoločnosť rodinného a komunitného lekárstva (SBMFC) má teraz 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 členov komunity k aktívnej spolupráci.

Pokiaľ nebudú zavedené normy, podporené silnými ústavami 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 akademickej 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.

Zdroj: Demarzo MMP, Chalegre RC, Marins JJN, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso).* 2012; 36: 143–8.

Úloha kompetentnosti

V poslednom desaťročí pozorujeme nárast tretieho svetového hnutia v medicínskom vzdelávaní. Táto nová vlna znamená evolúciu smerujúcu od tradičnej akademickej výučby založenej na získavaní a preukazovaní vedomostí k príprave založenej na získavaní a preukazovaní kompetentnosti (oprávnenosti/spôsobilosti). Tradičné medicínske vzdelávanie sa zameriavalo na nadobudnutie medicínskych vedomostí prostredníctvom pedagogicko-didaktickej 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 výučby 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 kompetencii/spôsobilosti 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 má výučba založená na kompetentnosti azda najväčší vplyv 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 populárnou metódou 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), cielene 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 fyzické 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 školencov sa tiež vyžaduje aktívne vyhľadávanie a získavanie požadovaných kompetencií. Z pohľadu pedagóga školenie založené na kompetentnosti umožňuje racionalizovať a zladíť vzdelávacie osnovy ich zameraním na výkon 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.

Aktuálne a budúce hnutia

S technickým pokrokom prišli aj možnosti dištančného vzdelávania, ale v medicíne a medicínskom vzdelávaní pozorujeme ďalší posun vo využívaní možností technológií. Rozšírenie internetu prináša celú škálu terapeutických a vzdelávacích možností, ktoré pred jedným alebo dvoma desaťročiami boli takmer nepredstaviteľné.

Dištančné vzdelávanie je známe ako efektívna metóda výučby od zavedenia základných metód komunikácie na diaľku ako napríklad doručovaním pošty, a to napriek tomu, že má – ako každá metóda – určité obmedzenia v súvislosti so spôsobom poskytovania výučby.¹⁰ Čoraz lepšia dostupnosť internetu prináša možnosti okamžitého vyučovania v reálnom čase prostredníctvom elektronických médií (e-learning) aj na vzdialených miestach. Programy dištančného vzdelávania cez internet zvyšujú prístup ku kontinuálne aktualizovaným medicínskym informáciám založeným na dôkazoch, čo určite oceňujú najmä lekári pôsobiaci na vidieku alebo v prostredí, z ktorého je sťažená dostupnosť tradičným spôsobom.

Vzdelávanie poskytované prostredníctvom internetu je veľkým prínosom a nádejou v súvislosti s lepším prístupom k vzdelaniu a rovnosťou v prístupe ku vzdelaniu v širokej škále zdravotných kontextov. Vzmáhajú sa hnutia ponúkajúce vzdelávanie za nízku cenu alebo bez poplatkov pre všetkých.¹¹ Uskutočnenie tejto transformácie v oblasti medicínskeho vzdelávania si však vyžaduje úplné zvládnutie určitých výziev. Je pravda, že rastie miera dostupnosti internetu a čoraz viac nových študentov využíva možnosti on-line štúdia, ale počítačová gramotnosť zostáva na nízkej úrovni práve v prostredí s nedostatkom zdrojov a vo vzdialených oblastiach. On-line vzdelávacie programy sú podobné ako iné programy dištančného vzdelávania aj v tom, že frekventanti majú ťažkosti absolvovať celý program až po jeho úspešné ukončenie. Pri týchto formách vzdelávania nie sú väčšie prekážky s nástupom do programu, ale miera neukončenia programu je prekvapujúco vysoká aj pri on-line vzdelávaní.¹² Navyše, výučba len prostredníctvom on-line metódy zatiaľ dáva len obmedzené možnosti na efektívne a komplexné klinické školenie a poskytuje len málo možností, ak vôbec, na garantované nadobudnutie kompetentnosti v komplexe klinických zručností potrebných v mieste poskytovania starostlivosti.

Telemedicína je jedna z rozvíjajúcich sa metód klinickej starostlivosti, ktoré môžu ponúknuť určité možnosti rozvíjania viac prakticky orientovaných školia-

cich programov. Systémy telekonferencií sa už úspešne využívajú, keď odosielajúci lekár konzultuje so špecialistom a umožňuje vyšetrenie pacienta na diaľku. V určitých podmienkach sa monitoruje a poskytuje starostlivosť v kritických situáciách prostredníctvom vzdialeného riadiaceho centra, pričom na mieste pôsobia sestry a ďalší zdravotníci a v niektorých prípadoch sa využíva robotické zariadenie, ktoré zo vzdialeného miesta riadi lekár. Tieto progresívne technológie nielen ponúkajú techniky, ktoré sa dajú využiť na poskytovanie prakticky orientovaných vzdelávacích programov v medicíne, ale majú potenciál meniť mnohé aspekty základnej medicínskej praxe.

Kvalita a relevantnosť ponuky on-line vzdelávania tiež môže byť dôvodom na obozretnosť. Čoraz viac rozmanitých inštitúcií zarába na prísľube modelu on-line dištančného vzdelávania, ale nie je záruka, že majú záujem o miestne potreby alebo určenie takých potrieb. Navyše, vzdelávacie programy v medicíne, ktoré sú „na jedno kopyto“, zvyčajne neberú do úvahy rozsah zdrojov a kapacít miestnych zdravotných systémov, ani sa nezameriavajú na aktuálne klinické problémy, ktoré najviac trápia miestnu komunitu. Program komplexného medicínskeho vzdelávania v prostredí bohatom na zdroje, v miernych klimatických podmienkach môže v skutočnosti priniesť výsledky nízkej kvality a nebezpečnú až škodlivú starostlivosť, ak sa realizuje v prostredí s tropickou klímou a s chýbajúcimi zdrojmi. Čo je horšie, taký program, ponúkaný na prestížnej inštitúcii, sa môže vnímať ako vysokokvalitný program a štandardná starostlivosť, a to napriek tomu, že je úplne nevhodný pre miestne podmienky starostlivosti, ktoré sú ďaleko od vzdelávacej inštitúcie. Vytvorenie on-line programov, ktoré sú miestne náležité a ktoré pripravili odborníci pôsobiaci v rovnakom prostredí, môžu pomôcť riešiť tento problém, pričom také programy v určitých krajinách už existujú.¹³

Počet a množstvo typov on-line medicínskych vzdelávacích programov sa rýchlo rozmáha. Existuje veľký počet vysokokvalitných programov zameraných na konkrétne témy a prostredia, ku ktorým majú prístup klinici pôsobiaci v krajinách s nízkymi alebo strednými príjmami.¹¹⁴ Klinici vo svete začali využívať túto ponuku a rastie entuziazmus pre tieto typy programov, najmä v oblasti ďalšieho vzdelávania a doškoľovania. Neuveriteľné možnosti tejto novej technológie a čoraz lepšia dostupnosť bezpochyby zaručia ďalšie rozširovanie ponuky on-line dištančného vzdelávania v medicíne. Aktuálna ponuka a využitie techniky ponúkajú určitú predstavu o ďalšom napredovaní vzdelávania v oblasti medicíny.

Nástup rodinného lekárstva

Uprostred ďalších svetových hnutí v oblasti medicínskeho vzdelávania sa vyvinulo vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve – ako reakcia na potreby jednotlivých osôb a populácií. Programy zamerané na primárnu starostlivosť a rodinné lekárstvo sú prejavom odpovede akademických medicínskych centier na potreby spoločnosti. Základné zdravotné potreby populácií najlepšie naplňajú vysoko spôsobilí všeobecní praktici, ktorí sú dobre vyškolení na poskytovanie primárnej starostlivosti.^{14–20} Výskum ukázal, že lepší prístup ku kompetentnej, komunitne orientovanej a dostupnej primárnej starostlivosti sa spája so zlepšením zdravotných ukazovateľov, s nižšími nákladmi a vyššou spokojnosťou pacientov.^{17, 18, 20–25} Čím vyššie „skóre primárnej starostlivosti“, tým lepšie výsledky. Dáta ukazujú, že úspech najviac koreluje s hustotou pôsobenia odborne kompetentných lekárov primárnej starostlivosti, predovšetkým rodinných lekárov.

Už v r. 1963 WHO, Výbor expertov pre profesionálne a technické vzdelávanie pracovníkov medicínskych a pridružených odborov definoval rodinných lekárov takto:

praktizujúci lekári, ktorí majú základné charakteristiky potrebné na to, aby všetkým členom rodín vo svojej starostlivosti poskytovali priamy a kontinuálny prístup k svojim službám. Títo lekári prijímajú zodpovednosť za komplexnú starostlivosť, ktorú poskytujú oni osobne alebo ju zabezpečia od špecializovaných klinických alebo sociálnych zdrojov.

Výbor poznamenal, že „v každej krajine sveta sa prejavuje nedostatok rodinných lekárov, a to platí pre všetky krajiny bez ohľadu na stupeň rozvoja.“ Odporúčal, aby každá škola medicíny ponúkala študentom možnosti školenia v prostredí rodinnej praxe a aby sa zvýšila úroveň rodinného lekárstva, všetci absolventi, ktorí si zvolili rodinné lekárstvo, by mali absolvovať postgraduálne školenie špeciálne zostavené, aby naplňalo ich potreby v tejto oblasti medicíny.²⁶ Tento problém sa opäť podčiarkol v rezolúcii Svetového zdravotníckeho zhromaždenia WHA 48.8 z r. 1995, ktoré apelovalo na všetkých členov, aby „mali na zreteli prispievanie všeobecných praktických lekárov k službám orientovaným na primárnu zdravotnú starostlivosť“ (pozri Prílohu B).

V jednotlivých oblastiach sveta sa rodinné lekárstvo rozvíjalo rôznym tempom. V r. 1966 Spojené kráľovstvo zaviedlo vzdelávací program v odbore vše-

obecného praktického lekárstva. Počas toho istého desaťročia Kanada, USA a niekoľko ďalších krajín iniciovali programy špeciálne vypracované na školenie rodinných lekárov. Do r. 1995 malo najmenej 56 krajín vypracované špecializované vzdelávacie programy pre oblasť primárnej starostlivosti a mnohé ďalšie krajiny nasledovali ich príklad.²⁷ Mnohé vzdelávacie programy pre oblasť rodinnej praxe vznikli na základe partnerstva škôl, komunitných nemocníc a praktizujúcich lekárov.^{8, 28} Existuje však mnoho krajín, kde rodinné lekárstvo nie je uznané alebo etablované ako samostatný medicínsky špecializačný odbor.

Vzhľadom na dôležitosť tejto špecializácie pre budovanie vysokokvalitných zdravotných systémov WHO a WONCA vyhlásili: „rodinný lekár by mal mať ústrednú úlohu pri dosahovaní kvality, nákladovej efektívnosti a spravodlivosti v dostupnosti systémov zdravotnej starostlivosti.“²⁹

Singapurské vyhlásenie WONCA z r. 2007 uvádza:

Každá škola medicíny vo svete by mala mať akademickú katedru rodinného /všeobecného praktického lekárstva/primárnej starostlivosti. Každý študent medicíny vo svete by mal mať čo najskôr a čo najčastejšie počas prípravy na povolanie odbornú prax v rodinnom lekárstve/všeobecnom praktickom lekárstve/primárnej starostlivosti.

V r. 2008 WHO reagovala na vytrvalý tlak strany členských štátov a potvrdila záväzok (k jeho prijatiu vyzvala aj členské štáty) podporovať rozvoj primárnej starostlivosti ako základu efektívneho a integrovaného celistvého zdravotného systému, ktorého jadrom je rodinné lekárstvo.³⁰

Svetová lekárska asociácia v r. 2011 konštatovala, že „jedným z najdôležitejších komponentov infraštruktúry zdravotnej starostlivosti sú ľudské zdroje: dobre vyškolení a motivovaní zdravotníci, pod vedením lekárov primárnej starostlivosti sú veľmi dôležití na dosiahnutie úspechu“ a vyzvali medicínske školy, aby sa „zamerali na poskytovanie možností výučby poskytovania primárnej starostlivosti, ktorá kladie dôraz na integračné prvky a kontinuitu v špecializáciách primárnej starostlivosti vrátane rodinného lekárstva“, a „vytvorili katedry rodinného lekárstva s rovnocenným akademickým postavením v rámci univerzity.“³¹ Podstatné je vytvoriť systémy a politiku na podporu takej komplexnej infraštruktúry, čo si vyžaduje nepretržité úsilie.

BOX 4.2 Rodinné lekárstvo na podporu miestnych ľudských zdrojov v zdravotníctve v Afrike

Lesothské kráľovstvo je vnútrozemská krajina obkolesená Južnou Afrikou. Lesotho utrpelo veľké straty v „HIV kríze“, s treťou najvyššou prevalenciou na svete, na úrovni 24 %, a to napriek veľmi vysokým výdavkom na zdravotníctvo, na úrovni viac ako 13 % hrubého domáceho produktu. Lesotho trpí extrémnym nedostatkom zdravotníkov, nielen v dôsledku strát na životoch v „HIV kríze“, ale aj v dôsledku systému zdravotnej výchovy a vzdelávania. Lesothská vláda tradične podporovala miestnych občanov, aby študovali medicínu v Južnej Afrike, keďže v Lesotho nie sú možnosti medicínskeho vzdelávania. V Lesotho neboli ani postgraduálne školiace programy, a tak študenti museli zostať v Južnej Afrike alebo postgraduálne vzdelávanie absolvovať v inej krajine. V dôsledku toho sa len veľmi málo z nich vrátilo do Lesotho a vykonávalo prax vo svojej domovine.

Lesotho v snahe zabrániť „úniku mozgov“ zaviedlo vlastný postgraduálny program v odbore rodinného lekárstva v nádeji, že pritiahne podporovaných študentov medicíny späť do domovskej krajiny. Rodinné lekárstvo sa stalo najvyhľadávanejším postgraduálnym špecializačným programom, čiastočne vďaka atraktívnosti jeho klinického rozsahu – príprave lekárov na zvládanie ochorenia na najvyššej možnej úrovni, keď iní špecialisti nie sú aktuálne dostupní. Nedávno sa postgraduálny program v rodinnom lekárstve stal prvým oficiálne akreditovaným špecializovaným školiacim programom v Lesotho. Spolu so zavedením programu pre lekárov bol vypracovaný a zavedený program aj pre ambulantné a nemocničné sestry, keďže systém uznáva dôležitosť sestier pri poskytovaní klinických služieb na najzákladnejšej úrovni a ich úlohu pri podpore tímovej práce medzi viacerými profesiami a odbormi.

Podstata rodinného lekárstva

Rodinné lekárstvo je vo svojej podstate špeciálnym odborom medicíny, ktorý je zameraný na primárnu starostlivosť. Aby bolo jasné, čo je potrebné pre vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve založenom na kompetentnosti, najprv treba určiť, čo je primárna starostlivosť. Primárna starostlivosť je esenciálna zdravotná starostlivosť zameraná na a dostupná pre jednotlivcov a rodiny v komunite prostredníctvom regulárneho vstupného miesta, v ideálnych pod-

mienkach poskytovaná pri prijateľných nákladoch a so spoluúčasťou komunity. Zahŕňa aj propagáciu zdravia, podporu zdravia, prevenciu ochorení, včasné zistenie ochorení, zdravotnú výchovu a rehabilitáciu. Je podľa možností poskytovaná v etablovanom zdravotnom stredisku. Mala by byť dobre integrovaná ako základný model poskytovania klinických služieb v rámci prístupu komplexnej primárnej zdravotnej starostlivosti používaného na riadenie robustného zdravotného systému. Primárnu starostlivosť často poskytujú tímy poskytovateľov, ktoré môžu zahŕňať lekárov, sestry, asistentov lekára, pôrodné asistentky, sociálnych pracovníkov, farmaceutov, licencovaných poradcov a komunitných zdravotných pracovníkov.

WHO v obnovej výzve z roku 2008 na rozvíjanie vysokokvalitnej primárnej starostlivosti na celom svete uvádza kľúčové komponenty vysokokvalitnej primárnej starostlivosti a rodinné lekárstvo uvádza ako disciplínu, ktorá je najužšie spojená s týmto typom starostlivosti (*pozri Prílohu C*).³⁰

V tejto správe WHO konštatuje, že kvalitná primárna starostlivosť:

- je miesto, na ktoré sa ľudia môžu obrátiť so širokou škálou zdravotných problémov;
- je uzol, cez ktorý pacienti vstupujú do zdravotného systému a sú v ňom spravidzaní;
- podporuje pokračujúci vzťah medzi pacientmi a klinikmi;
- buduje mosty medzi osobnou zdravotnou starostlivosťou, rodinami pacientov a komunitami;
- otvára možnosti na propagáciu zdravia, podporu zdravia, prevenciu ochorení a včasné zistenie ochorení;
- využíva tímy zdravotníkov, vrátane lekárov, sestier a asistentov so špecifickými a sofistikovanými biomedicínskymi a sociálnymi zručnosťami;
- vyžaduje si adekvátne zdroje a investície, ale zabezpečuje lepšie využitie finančných prostriedkov ako jej alternatívy.

Tento popis je najbližším odrazom praxe rodinného lekárstva, sústredenej na princípy orientácie na osobu, kontinuitu, komplexnosť, koordináciu a integráciu starostlivosti aj s ďalšími aspektmi systému zdravotnej starostlivosti, a tak rodinné lekárstvo predstavuje ako jediné špecializáciu, ktorá je najlepšie pripravená poskytovať optimálnu primárnu starostlivosť.

4.2 ČÍM SA ODLIŠUJE VZDELÁVANIE A ŠKOLENIE V ODBORE RODINNÉ LEKÁRSTVO?

Princípy primárnej starostlivosti

Na získanie spôsobilosti poskytovať vysokokvalitnú primárnu starostlivosť, ako ju popísala WHO,¹⁰⁴ musí byť človek vzdelaný v základných princípoch spojených s takouto starostlivosťou. 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. Sústredenie 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 princípov 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 8 princípov odlišuje školenie v rodinnom lekárstve od iných špecializácií.

Pokiaľ ide o názvoslovie, vidíme, že v mnohých krajinách sveta sa výraz rodinné lekárstvo často používa ako vzájomne zameniteľný s výrazom všeobecné praktické lekárstvo. Pokiaľ sú vzdelávacie programy s týmito názvami 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 cielene vyškolení v primárnej starostlivosti a orientovaní na jej princípy, výrazy rodinný lekár (family physician), rodinný doktor (family doctor) a všeobecný praktický lekár, všeobecný praktik (general practitioner) sa môžu považovať za plne vzájomne zameniteľné. Treba tu však obozretnosť a nepomýliť si tieto výrazy

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.

Dostupnosť alebo starostlivosť prvého kontaktu

Princíp prístupu a dostupnosti je základný princíp nielen pre všeobecné praktické/rodinné lekárstvo, ale aj pre zdravotné systémy ako celok. Bez dostupnosti ľudia nie sú schopní dostať potrebnú zdravotnú starostlivosť. Dostupnosť ako taká môže súvisieť s redukovaním rôznych typov prekážok pri získavaní starostlivosti. Prekážky môžu byť spoločenské, geografické, kultúrne a finančné. Prekážky bránia dosahovaniu optimálnych výsledkov u pacientov aj v zdravotných systémoch. Dostupnosť je osobitne dôležitá práve v prípade rodinného lekárstva ako špecializácie zameranej na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v mieste prvého kontaktu. Prístup k tomuto miestu je nevyhnutný, aby pacient dostal efektívnu a vysokokvalitnú starostlivosť, a tak sú tieto dva koncepty úplne navzájom previazané.

Osobitnú pozornosť pri vzdelávaní poskytovateľa treba venovať starostlivosti prvého kontaktu. Rodinný lekár v primárnej starostlivosti, ktorý je vstupnou bránou do systému zdravotnej starostlivosti, musí mať špeciálne zručnosti, ktoré sú trochu odlišné od zručností iných poskytovateľov. V tomto kontexte pacient prichádza s celou škálou zdravotných problémov rôzneho stupňa závažnosti.

Bežný pacient nevie posúdiť, ktoré ťažkosti si vyžadujú lekársku starostlivosť, či bude treba starostlivosť špecialistu na vyššej úrovni a ako dlho má čakať, kým sa s ťažkosťou obráti na lekára a bude žiadať starostlivosť. V tomto smere žiadna iná medicínska špecializácia nemusí riešiť taký veľký rozsah nediferencovaných zdravotných problémov.

Úlohou rodinného lekára v mieste prvého kontaktu je určiť, kto je a kto nie je chorý. U tých, ktorí sú chorí, sa rodinný lekár usiluje stanoviť diagnózu a posúdiť závažnosť stavu. Keďže pacientov, ktorí sa obracajú na rodinného lekára nikto vopred „netriedi“, jeho úloha sa podstatne odlišuje od úlohy subspecialistov. Rodinný lekár sa musí stať odborníkom na zisťovanie, kto je chorý a kto nie je chorý, musí zvládnuť širokú škálu problémov a ich závažnosti, určiť, ktorý pacient potrebuje náročnejšiu špecializovanú starostlivosť. Na rozvinutie kompetencie/spôsobilosti v týchto zručnostiach sa vzdelávanie v rodinnom lekárstve musí uskutočňovať v dostupnom prostredí prvého kontaktu, kde je možnosť cvičiť si tieto zručnosti.

Okrem toho rodinný lekár by sa mal školiť v tom, ako zlepšovať samotnú dostupnosť, keďže aj lekári majú určitý podiel zodpovednosti za zlepšovanie dostupnosti pre pacientov. Rodinní lekári by sa mali učiť, ako zlepšiť dostupnosť, napr. čo sa dá urobiť, aby ľudia z rôzneho prostredia a kultúr nemali problém obrátiť sa na lekára a hľadať u neho starostlivosť prvého kontaktu, aké dôležité je mať rozšírené ambulantné hodiny a aké mechanizmy uľahčujú starostlivosť po ambulantných hodinách. Rodinní lekári musia vedieť, ako naprojektovať kliniku, aby uľahčili prístup, a vedieť, ako sa dá systém zlepšovať. Rodinný lekár nemôže byť vždy osobne prítomný v potrebnom čase na mieste, aby poskytol starostlivosť pacientovi, ktorý prvýkrát prišiel s problémom, a preto sa rodinný lekár potrebuje naučiť efektívne pracovať s ďalšími členmi tímu zdravotnej starostlivosti, aby pacient vždy mal možnosť obrátiť sa na niekoho so základným zaškolením v princípoch primárnej starostlivosti. Keď sú všetci členovia tímu primárnej starostlivosti náležite vyškolení pre zdravotnú starostlivosť na základe tímovej práce, každý člen tímu môže podľa potreby zapojiť rodinného lekára a ďalej riešiť zdravotné potreby pacienta a maximalizovať uplatňovanie základných princípov primárnej starostlivosti.

Zlepšenie dostupnosti starostlivosti doškolením zdravotníkov môže mať významný vplyv na výsledky.³²

Jednoduchá dostupnosť lekárov primárnej starostlivosti, najmä rodinných lekárov, preukázateľne zlepšila ukazovatele ako k veku štandardizovaná úmrť-

nosť, detská úmrtnosť a podiel detí narodených s nízkou hmotnosťou.^{20–24} Je známe, že väčšia dostupnosť primárnej starostlivosti vedie k skoršej detekcii ochorení a znižuje mieru úmrtnosti pri viacerých ochoreniach, prináša lepšie celkové zdravotné výsledky a nižšie náklady.^{16, 17, 19, 21–23}

Komplexnosť

Komplexnosť je základný princíp všeobecného praktického/rodinného lekárstva, nevyhnutný pre poskytovanie efektívnej starostlivosti v mieste prvého kontaktu. Ako sme už popísali, vzhľadom na netriedený charakter mnohých problémov a potrebu vyšetriť všetkých ľudí, ktorí sa uchádzajú o starostlivosť na základnej úrovni, rodinný lekár musí byť pripravený na komunikáciu s rôznymi typmi pacientov a ochorení a mal by byť vybavený komplexným súborom klinických zručností.

Rodinný lekár by mal vedieť:

- ▶ starať sa o pacientov každého veku, rodu a kultúry;
- ▶ diagnostikovať a zvládať širokú škálu ochorení bez obmedzenia na orgánové systémy;
- ▶ rozpoznať a poznať všetky bežné miestne ochorenia;
- ▶ poskytovať pohotovostné služby a chirurgické zákroky v súlade s výškolením, miestnymi potrebami a dostupnými zdrojmi;
- ▶ podporovať plánované rodičovstvo a poskytovať kompletný rozsah služieb v oblasti reprodukčného zdravia;
- ▶ vyhodnotiť pacientovi riziko hrozby budúceho ochorenia a poskytovať mu preventívnu starostlivosť.

Na prvý pohľad sa môže zdať ťažké alebo až nemožné, aby jeden lekár bol kompetentný poskytovať takú širokú škálu služieb. Určite žiaden lekár nemôže mať v celej šírke a celej hĺbke vedomosti z každej jednej subspecializácie medicíny. Rodinný lekár sa však môže stať odborníkom na bežné ochorenia, ktoré sa často vyskytujú v jeho prostredí. Okrem toho môže vyvinúť úsilie získať kompetencie v zvládaní väčšieho rozsahu ochorení. Dosiahnutie kompetentnosti poskytovať komplexnú starostlivosť je možné z viacerých dôvodov. Za prvé, sústredenie sa na zdravotné problémy, ktoré sa často vyskytujú u ich pacientov, umožňuje rodinným lekárom zacieliť úsilie na získanie hĺbkových zručností práve v tejto užšej oblasti. Navyše, oblasti medicíny sa do veľkej miery

prekrývajú, pokiaľ ide o princípy celkovej zdravotnej starostlivosti, a tak môže školenec využiť to, čo sa naučil v jednej oblasti, keď poskytuje starostlivosť v inej oblasti. Možno najzaujímavejšie je, že komplexnosť starostlivosti je možná, pretože pravdepodobnosť vážneho ochorenia je v primárnej starostlivosti nižšia.²⁵ Na klinikách subspecializácií sú pacienti, ktorí už boli predbežne „vytriedení“, a preto je u nich vyššia pravdepodobnosť, že majú chorobu, ktorou sa zaoberá subspecializácia, a pravdepodobnosť, že majú vážnejšie ochorenie súvisí aj s procesom triedenia, aj s časom, ktorý uplynul počas toho procesu.

Na druhej strane, rodinný lekár je prvý, kto určuje, či je pacient v poriadku alebo chorý. Rodinný lekár je odborník na určenie prítomnosti, typu a závažnosti choroby u nediferencovaného pacienta a odborník na liečbu bežných zdravotných problémov. V tomto kontexte priorita nie je vyčerpávajúce chápanie všetkých chorôb. Namiesto toho ďalšia podstatná spôsobilosť rodinného lekára je vedieť rozpoznať u pacienta nie bežné ochorenie alebo prejavy. Inými slovami, rodinní lekári potrebujú vedieť zistiť, čo nevedia zvládnuť. Ak rodinný lekár veľmi dobre pozná bežné ochorenia a ich prejavy, vie rýchlo určiť, či ochorenie nie je bežné, resp. sa vyvíja nezvyčajným spôsobom. Rodinný lekár je kompetentný určiť, či je zvládnutie ochorenia v jeho možnostiach alebo si vyžaduje ďalšie zdroje, a odporučí pacienta k subspecialistovi. Rodinný lekár ako odborník na bežné ochorenia môže diagnostikovať a liečiť početné zdravotné problémy pacientov. Je schopný odborne rozpoznať typický aj atypický obraz choroby a vie poskytnúť kompetentnú komplexnú starostlivosť každému, kto sa uchádza o starostlivosť prvého kontaktu.

Treba tiež mať na zreteli, že všetky princípy primárnej starostlivosti sú dôležité pre každého rodinného lekára, ale miera dôrazu na určitý konkrétny princíp v konkrétnej praxi sa môže líšiť od inej praxe v závislosti od potrieb dotknutej lokality.

Komplexnosť môže byť dobrým príkladom. Konkrétna miera komplexnosti bude závisieť aj od miestneho kontextu a zdrojov. V prostredí s nedostatkom zdrojov, kde je rodinný lekár možno jediným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v miestnom zariadení, ďaleko od možnosti odporučiť pacienta ďalej, rozsah klinických zručností musí byť veľmi široký. Rodinný lekár tam potrebuje väčšiu kompetentnosť riešiť akútne chirurgické zákroky alebo traumy. Od takých rodinných lekárov sa očakáva aj to, že stabilizujú chorých pacientov a budú sa o nich starať dlhšie alebo riešiť ich ochorenie do vyššieho stupňa závažnosti, kým sa obrátia na vyššiu úroveň. V takých prípadoch sa váha odbornej prípravy

na pôsobenie v daných podmienkach môže nakloniť skôr k zvýšenej pozornosti pre komplexnosť v porovnaní s ďalšími princípmi primárnej starostlivosti.

Výučba komplexnej starostlivosti sa začína didaktickou a klinickou skúsenosťou, s cieľom rozvinúť klinické zručnosti vo viacerých rozličných špecializáciách, kde výučbu vedú alebo dopĺňajú subšpecialisti. Ako odborníci na najčastejšie a vážne ochorenia vo svojej špecifickej klinickej oblasti majú množstvo vedomostí, sú typicky najzručnejší vo výučbe a pri posudzovaní kompetentnosti v súvisiacich procedurálnych zručnostiach a – v porovnaní s prostredím primárnej starostlivosti – často vedia ponúknuť školencom klinické možnosti učiť sa v prostredí s koncentrovaným počtom pacientov s problémami v dotknutej oblasti. Jednoducho len exponovať školencov rozmanitým klinickým témam však nestačí. Výučba o týchto otázkach, vrátane školenia od subšpecialistov, musí byť zacielená na špeciálne potreby lekára primárnej starostlivosti, s dôrazom na typ starostlivosti, ktorý sa od neho bude očakávať v prostredí prvého kontaktu. To znamená, že vzdelávacie osnovy z iných špecializácií musia byť prispôbené, nestačí len jednoducho replikovať to, čo sa učia subšpecialisti v danej oblasti, dôležité je, aby sa školenci učili riešiť podstatné záležitosti, napr. ako rozpoznať a diagnostikovať najbežnejšie ochorenia v danej oblasti, ako ich liečiť, čo sa dá bezpečne riešiť na úrovni primárnej starostlivosti a kedy pacienta treba odoslať k subšpecialistovi. Popri tom treba vedieť rozpoznať veľmi vážny stav, ktorý si vyžaduje rýchlu intervenciu alebo rýchle odoslanie ako aj stratégie na riešenie takých problémov na úrovni primárnej starostlivosti, ak nie je možnosť transportu. A nakoniec, rodinný lekár musí pochopiť všeobecný prístup k problémom v danej subšpecializácii v prípade problémov, ktoré nespádajú do jej kompetencie.

Skutočná výučba ku komplexnosti vyžaduje, aby školenci dostali možnosť vidieť, vyšetriť a postarať sa o tie typy nediferencovaných pacientov, aké sú typické pre miesto prvého kontaktu. Školiace programy, do ktorých je zaradená klinická prax v základnom prostredí, umožňuje školencom cibriť si zručnosť rozpoznať, kto je chorý a kto nie, lepšie sa oboznámiť s riešením najbežnejších ochorení, rozpoznať psychosociálne problémy, ktoré sa môžu prejavovať ako fyzické symptómy, rozvíjať prax v tom, kedy a ako efektívne odoslať pacientov. V takom prostredí je najlepšie, keď je rodinný lekár hlavným školiteľom a učiteľom školencov v oblasti primárnej starostlivosti, keďže predstavuje najkompetentnejšieho špecialistu s cieľenou praxou a skúsenosťami v poskytovaní starostlivosti v takom prostredí.

Komplexnosť ako princíp však ide ďalej ako schopnosť poskytnúť službu na základe problému. Predstavuje filozofiu rodinného lekárstva, kde sa rodinný lekár usiluje poskytnúť maximum zdravotnej starostlivosti každému pacientovi až po hornú hranicu svojich schopností a vyhýbať sa zbytočnému odosielaniu do nemocnice alebo k subšpecialistovi, zlepšovať efektívnosť starostlivosti pre pacienta aj pre celý zdravotný systém. Tento prístup redukuje nepotrebné vyšetrenia a zákroky, môže zredukovať iatrogénne komplikácie a vedie k lepším výsledkom pri nižších nákladoch. Výučba pod vedením skúsených rodinných lekárov školencom umožňuje rozvíjať tento postoj.

Komplexnosť ako filozofia rodinného lekárstva presahuje aj tradičný dosah alopatickej medicíny, odkazuje na komplexnejší a holistickejší prístup k starostlivosti o pacientov. Tento prístup zohľadňuje biologické, klinické, sociálne a psychické potreby pacienta, ako aj rodinný, komunitný a spoločenský kontext ovplyvňujúci zdravie. Rodinný lekár aplikuje bio-psycho-sociálny prístup, aby riešil psychosociálne faktory, ktoré môžu zdravie ovplyvňovať do takej istej miery ako biologické faktory.^{33–35} Rodinný lekár sa musí naučiť zohľadňovať všetky tieto faktory, integrovať záležitosti rodiny a komunity do medicínskeho prístupu a pomôcť pacientom nájsť stratégie ako usmerňovať, resp. zvládať náročné sociálne determinanty zdravia.³⁶

Kontinuita starostlivosti

Kontinuita starostlivosti je uholným kameňom rodinného lekárstva a základným nástrojom rodinného lekára pri poskytovaní starostlivosti. Vo väčšine ostatných medicínskych disciplín idú pacienti k lekárovi s určitým problémom viazaným na ochorenie a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti ich sleduje len v súvislosti s dotknutým problémom, do jeho vyriešenia. V prípade rodinného lekárstva sa rodinný lekár snaží vytvoriť dlhodobý vzťah s každou osobou, a nie sa len jednoducho zamerať na diagnózu. To rodinnému lekárovi umožňuje kontinuálne ovplyvňovať zdravie každej osoby, nielen monitorovaním aktuálnych problémov, ale aj prostredníctvom mnohých možností prevencie. Tento dôraz na kontinuitu by mal motivovať každého človeka, aby si vytvoril obvyklý zdroj starostlivosti o zdravie ako svoje miesto prvého kontaktu v rámci systému zdravotnej starostlivosti. Pri výučbe kontinuity starostlivosti treba mať na zreteli tri úrovne kontinuity: informačnú, dlhodobú a interpersonálnu.^{37, 38} **Informačná kontinuita** súvisí so zbieraním, používaním a sprístupňovaním medicínskych

informácií, ktoré sa môžu využiť na informovanie a zlepšenie starostlivosti o pacienta.

Napríklad vedenie lekárskeho záznamu v papierovej alebo elektronickej forme. **Dlhodobá kontinuita** sa dá popísať ako väzba na to isté určité miesto (napr. poliklinika, zdravotné stredisko), kde pracuje konkrétny tím pracovníkov zdravotnej starostlivosti, ktorí sú spravidla dlhodobo zdrojom starostlivosti pre pacienta. V niektorých krajinách sa také miesto nazýva „domov zdravotníkov“. Je to miesto, kde pacient žiada väčšinu starostlivosti, v známom a dostupnom prostredí, od zorganizovaného tímu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí prijímajú zodpovednosť za riešenie a manažovanie zdravia dotknutého pacienta v priebehu dlhého času.³⁷ Dlhodobá kontinuita súvisí aj s procesom starostlivosti, pričom ide o konzistentný a koherentný prístup k manažovaniu zdravotných potrieb pacienta.³⁸ Tretia úroveň kontinuity je **interpersonálna kontinuita**, ktorá predstavuje pokračujúci terapeutický vzťah medzi pacientom a jeho osobným lekárom.

Rodinné lekárstvo ako disciplína sa usiluje maximalizovať všetky tri úrovne kontinuity. V prvom rade rodinní lekári musia chápať princípy lekárskej dokumentácie, metódy vyplňania a uchovávanía lekárskeho záznamu ako súčasť informačnej kontinuity. To môže znamenať proces uchovávanía a vyberania papierových lekárskeho záznamu, alebo progresívnejšie využívanie techniky na vedenie elektronických lekárskeho záznamu a dokumentácie, pričom forma (elektronická alebo papier) bude závisieť od miestneho prostredia.

V prípade dlhodobej kontinuity potrebujú byť rodinní lekári vyškolení, aby vedeli pracovať ako súčasť tímu s viacerými odbornými zameraniami aj v oblasti starostlivosti, zdravotného manažmentu a v procesoch zlepšovania kvality.

Podpora a zdokonaľovanie tretej úrovne interpersonálnej kontinuity si vyžaduje aktívnu úlohu od poskytovateľa aj pacienta: poskytovateľ musí byť k dispozícii, aby vyšetril pacienta pri každej návšteve. To nezávisí len od toho, či rodinný lekár uplatňuje svoje zručnosti a zlepšuje dostupnosť, lekári sa musia naučiť a používať aj stratégie, prostredníctvom ktorých podporia u pacienta osvojenie si správania usilujúceho sa o kontinuitu. Kontinuita sa dá ovplyvniť silou vzťahu a dôvery vytvorenej medzi poskytovateľom a pacientom. Ak je vzťah slabý alebo je úroveň dôvery nízka, pacient sa asi bude snažiť nájsť iného poskytovateľa, keď potrebuje pomoc. V pediatickej praxi primárnej starostlivosti sa zistilo, že stupeň kontinuity ovplyvňuje: dostupnosť (t. j. možnosť potrebného počtu návštev v ambulancii), názor rodičov na kontinuitu, hodnotenie poskytovateľa zo strany

rodiny, vek dieťaťa, počet návštev a to, ako dlho pacient chodí do konkrétnej ambulancie.³⁹

Je množstvo spôsobov, ako tieto rôzne úrovne kontinuity môžu pomáhať pri starostlivosti o pacienta, ale práve konkrétna a priama kontinuálna starostlivosť v priebehu času je diagnostický a terapeutický nástroj, ktorý je pri rodinnom lekárstve taký podstatný. Postupom času má rodinný lekár možnosti pozorovať medicínsky problém, najmä ak symptómy nie sú jasné, a monitorovať pacienta, aby určil, či zmena symptómov v čase povedie k presnejšej diagnóze.

Podobne, ako čas plynie, rodinný lekár má možnosť sledovať úspešnosť liečebného plánu, potenciálne potvrdiť diagnózu alebo navrhnúť iný plán, ak treba konať – proces, ktorý sa bežne využíva a nazýva sa „čakanie s pozorovaním“²⁵. To nie je len pasívne ničnerobenie – je to premyslené konanie poskytovateľa, ktorý dovoľí, aby uplynul určitý čas ako súčasť aktívneho plánu manažmentu. Využívanie tejto techniky umožňuje aj menej agresívne medicínske zákroky, čo vedie k lepšej starostlivosti pri nižších nákladoch a s menším výskytom iatrogénnych komplikácií. Aby sa lekár naučil efektívne aplikovať čakanie s pozorovaním ako úspešnú stratégiu na podporu zdravia, treba získať prax a skúsenosti s touto technikou. V praxi to znamená poskytovanie priamej klinickej starostlivosti pacientom v mieste prvého kontaktu starostlivosti pod dohľadom mentora – skúseného poskytovateľa primárnej starostlivosti.

Opakované návštevy rovnakého zdroja starostlivosti prinášajú aj ďalšie výhody. Rodinní lekári sa naučia využívať zvýšený počet možností preventívnej starostlivosti. Kontinuita starostlivosti v čase umožňuje rodinnému lekárovi rozvinúť hlbšie a komplexnejšie chápanie pacienta a jeho problémov.⁴⁰ Ukázalo sa, že mnohé faktory súvisiace s pacientom sa viažu na záujem pacienta o kontinuitu, čo vo všeobecnosti naznačuje, že zraniteľní pacienti sú tí, pre ktorých je kontinuita vzťahu najväčším prínosom.^{41, 42} Ukázalo sa, že kontinuita zlepšuje spokojnosť pacienta aj klinika, dodržiavanie liečebného režimu a výsledky pacienta, pričom toto zlepšenie môže byť najväčšie pri interpersonálnej kontinuite.^{40, 43–46}

Jediný spôsob, ako učiť kontinuálnu zdravotnú starostlivosť v priebehu času, je poskytnúť možnosť zažiť a praktizovať zdravotnú starostlivosť s pacientmi postupom času. V prípade študentov to podľa všetkého znamená skúsenosť v komunite počas najmenej jedného mesiaca, aby mali možnosť vidieť (vyšetriť) jednotlivých pacientov viac ako jedenkrát. Ako príklad môžeme uviesť dlhodobú integrovanú prax, resp. stáž (*pozri* BOX 4.3).¹⁰² V robustnom programe, kde

sa maximalizuje skúsenosť študentov medicíny s kontinuitou, je každému študentovi pridelená skupina pacientov uvážene vybraných tak, aby reprezentovali rozmanitosť medicínskych oblastí, ktoré zodpovedajú ich známym problémom, a od študentov sa očakáva, že ich budú sledovať pri všetkých medicínskych aktivitách.⁴⁷

V prípade doškoľovania lekárov, kontinuita sa pravdepodobne najlepšie vyučuje tak, že školenec dostane na zodpovednosť starostlivosť prvého kontaktu u konkrétnej skupiny pacientov. Počas celého obdobia školenia v špecializácii rodinné lekárstvo sa od poskytovateľov očakáva: poskytovať týmto pacientom starostlivosť v prostredí ambulancie, rozvíjať silný vzťah pacient – lekár a učiť sa, ako uplatňovať nástroj času pod dohľadom školiteľa v oblasti rodinného lekárstva.

Školenia v kontinuite starostlivosti však so sebou prinášajú aj určité výzvy. Po prvé, školenie je obmedzené na určitý čas, nedostatok času neumožňuje vybudovanie dlhodobých vzťahov a sledovanie progredovania chronického ochorenia, čo limituje možnosti uplatňovania kontinuity a pôsobí ako významná prekážka pri výučbe efektívnej kontinuity starostlivosti. Ako už bolo uvedené, lokálne potreby môžu presunúť dôraz z kontinuity v prospech maximalizácie školenia v iných princípoch primárnej starostlivosti. Určité dôkazy indikujú, že maximalizácia prístupu k dlhodobej kontinuite môže mať tendenciu redukovať interpersonálnu kontinuitu, keďže pacienti uprednostňujú zdravotnú starostlivosť tam, kde im to najlepšie vyhovuje, a nekladú taký veľký dôraz na interpersonálnu kontinuitu s rovnakým poskytovateľom starostlivosti.⁴

V podmienkach s nedostatkom zdrojov, kde je nedostatok rodinných lekárov a problém s kapacitou pre poskytovanie primárnej starostlivosti, môže byť málo možností na školenie rodinných lekárov v interpersonálnej kontinuite. V takých podmienkach rodinní lekári bývajú cennou komoditou a môže byť problém získať ich pre účasť na vzdelávacom programe. Napríklad ak je ich veľmi málo v nemocnici, ďaleko od miest, z ktorých do nej pacientov zväžajú. V prípade takých zdravotných systémov školenie v rodinnom lekárstve sa možno bude prikláňať k širšiemu rozsahu hĺbkových klinických zručností v práci s hospitalizovaným pacientom, aby sa maximalizovala komplexnosť, niekedy na úkor školenia v kontinuite starostlivosti. Školenie v kontinuite môže trpieť aj tam, kde pacienti nemajú dostatočne pohodlný prístup k starostlivosti. Napríklad keď pacient musí prekonávať veľké vzdialenosti, nedá sa očakávať, že bude chodiť k lekárovi tak často, ako by potreboval. Ale aj tieto systémy by mali uva-

BOX 4.3 Dlhodobé integrované stáže¹⁰²

Dlhodobé integrované stáže sú niekde jedným z nových prvkov vzdelávacích osnov pre medikov zavedených v poslednom desaťročí. Inštitúcie na výučbu medikov všade vo svete ju zavádzajú vo vidieckych aj mestských podmienkach, v ambulanciách (klinikách) všeobecných praktických/rodinných lekárov.

Detailná štruktúra týchto stáží sa môže značne líšiť, ale typický program trvá najmenej 6 mesiacov a pozostáva z nasledujúcich komponentov:

- študenti sa zúčastňujú na poskytovaní komplexnej starostlivosti pre pacientov v priebehu času vo vybranej praxi rodinného lekára;
- študenti sa učia tým, že sú v kontinuálnom vzťahu s rodinným lekárom a jeho pacientmi;
- študenti majú možnosť vidieť praktické využitie väčšiny základných klinických spôsobilostí, ktoré v priebehu roka uplatňovali súčasne aj v iných disciplínach.

Tento dôraz na kontinuitu starostlivosti je vysoko synergický s princípmi primárnej starostlivosti. Akademické a klinické výsledky viacerých programov ukazujú, že študenti týchto programov dosahujú rovnako dobré alebo lepšie výsledky ako ich kolegovia, ktorí absolvujú tradičné kurikulum v nemocnici. Program oceňujú aj rodinní lekári, ktorí vnímajú hodnotu kontinuity vzťahu so študentmi a umožňujú im zmysluplnejšie prispievať do výkonu praxe. Existujú aj určité limitované dôkazy, že tieto programy môžu mať vplyv na študentov pri rozhodovaní o budúcom smerovaní kariéry do oblasti primárnej starostlivosti.

žovať o tom, ako rozvíjať starostlivosť s kontinuitou. Školenie v tomto princípe ponúka možnosť dlhodobej investície do zlepšenia systému primárnej starostlivosti.

Koordinácia

Rodinné lekárstvo je vzájomne previazané so zdravotným systémom, jeho organizáciou a zdrojmi. Zdravotné systémy čelia mnohým výzvam, rodinní lekári sú často na frontovej línii a bojujú za čo najlepšiu starostlivosť pre svojich pacientov a ich komunity. Pri dosahovaní tohto cieľa je koordinácia starostlivosti

funkciou aj nástrojom rodinného lekárstva. Rodinný lekár preberá zodpovednosť za manažovanie celkového zdravotného stavu svojich pacientov v priebehu času, čo je významná funkcia rodinného lekára v rámci systému zdravotnej starostlivosti. Koordinácia starostlivosti, ako súčasť tejto úlohy, zlepšuje výsledky pacienta, a preto je účinným nástrojom zvládania a liečby ochorenia, predovšetkým v prípadoch chronických ochorení.^{49, 50}

Koordinácia zahŕňa diagnostikovanie a liečbu mnohých problémov pacienta, manažovanie multimorbidity alebo rôznych medicínskych problémov postihujúcich viaceré orgány, ktoré sa navzájom ovplyvňujú. Práca si vyžaduje súčinnosť s pacientmi s cieľom určiť, ako diagnóza a liečba môže ovplyvniť ich každodenný život, a pomôcť im určiť, ako by mohli prekonať početné prekážky v živote a dosiahnuť lepší zdravotný stav. Dobrá koordinácia rodinného lekára znamená aj zväziť, ktoré preventívne opatrenia sú nevyhnutné a ako ich zapracovať do celkového zdravotného plánu pre pacienta. Koordinácia pre rodinného lekára znamená aktívnu spoluprácu so subšpecialistami, a nie iba jednoducho pacienta presunúť do ich klinickej starostlivosti. Ak pacient, vzhľadom na mnoho ochorení postihujúcich viaceré orgány, resp. sústavy, potrebuje starostlivosť viacerých subšpecialistov, úlohou rodinného lekára je pomáhať subšpecialistom koordinovať starostlivosť a radiť pacientom, ako skĺbiť všetky odporúčania od rôznych subšpecialistov.

Zabezpečovanie tohto typu koordinácie nie je jednoduché pre jedného lekára a výsledky nasvedčujú, že je lepšie, ak sa koordinuje v rámci celého tímu primárnej starostlivosti prostredníctvom efektívnej tímovej práce.^{50–52} Tímy primárnej starostlivosti vytvárajú najmä lekár primárnej starostlivosti, asistenti lekára, sestry a pomocné sestry. Ďalšími členmi tímu primárnej starostlivosti môžu byť všeobecní klinickí pracovníci, lekárnici, pôrodné asistentky, komunitní zdravotníci. V prípade určitých koordinačných úloh môžu mať iní členovia tímu ako lekári lepšie zručnosti alebo sú efektívnejší. Rodinný lekár však vykonáva kľúčovú úlohu a usmerňuje tím primárnej starostlivosti efektívnou koordináciou starostlivosti o pacienta, aby zodpovedala jeho potrebám. Ako taký musí byť rodinný lekár vyškolený spôsobom v rozpore s tradičnou lekárskou kultúrou, ktorá často propaguje hierarchické mocenské štruktúry spojené s izoláciou a autonómiou, než prax rodinných lekárov.^{53, 54}

Rodinný lekár ako dobre školený člen tímu zdravotnej starostlivosti s vysokou úrovňou medicínskych vedomostí a školený v komplexnej, na osobu orientovanej starostlivosti je na najlepšom mieste, aby koordinoval starostlivosť

založenú na tímovom modeli.⁵⁰ Platí to najmä u pacientov s viacerými zdravotnými problémami, čo zvyšuje zložitosť zdravotnej starostlivosti a vyžaduje si integráciu a syntézu odporúčaní od viacerých špecialistov alebo ďalších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Sú prípady, že pacient chodí za mnohými špecialistami a potom sú odporúčania vo vzájomnom protiklade.

Rodinný lekár je ideálne pripravený na triedenie týchto informácií a ostatným členom tímu zdravotnej starostlivosti ukazuje jasné smerovanie a znižuje tak zložitosť v komunikácii s pacientom a rodinou.

Treba zdôrazniť, že koordinácia starostlivosti sa nedeje bez sústredenej pozornosti na problém. Ako platí pre ostatné princípy primárnej starostlivosti, aj v tejto situácii je nevyhnutná príprava a vzdelanie poskytovateľov, aby ovládali rozličné metódy na uľahčenie vykonávania tejto funkcie. Pri správnom usmerení sa môžu študenti v prostredí rodinnej praxe naučiť kriticky premýšľať o zdravotných systémoch a môžu uvažovať o tom, akú úlohu by oni konkrétne mohli mať pri reforme zdravotného systému. Zavedenie manažmentu a líderstva do vzdelávacieho kurikula môže pomáhať školencom predstaviť si svoju úlohu ako budúcich lídrov v zdravotnom systéme.

Do vzdelávacích osnov (kurikula) sa môžu zaradiť nasledujúce komponenty:

- ▶ história vývoja zdravotných systémov, globálne a miestne trendy;
- ▶ politiky vlád a regulácia v oblasti zdravotnej starostlivosti;
- ▶ výsledky zdravotnej starostlivosti a oblasti, ktoré si vyžadujú zlepšenie;
- ▶ práva pacientov a povinnosti zdravotníkov;
- ▶ princípy a metódy zlepšovania kvality;
- ▶ ako sa aktívne angažovať v prospech pacientov a komunity.

Tieto otázky sa dostávajú do života a naberajú na váhu, keď majú študenti možnosť diskutovať o prípadoch, resp. príkladoch s praktizujúcimi rodinnými lekármi alebo sa aktívne zúčastňovať na posudzovaní a reforme zdravotného systému.

Rodinní lekári potrebujú silnú zručnosť premýšľania o systémoch a ako na ne pôsobiť. Aby sa maximalizovala koordinácia starostlivosti, disciplína rodinného lekárstva nabáda poskytovateľa primárnej starostlivosti zvažovať všetky systémy, ktoré majú vplyv na zdravie pacienta, a zvažovať aj spôsoby, ako môže poskytovateľ do systému zasiahnuť v prospech lepšieho zdravotného stavu pacienta. V prípade systémov, ktoré priamo ovplyvňujú alebo priamo riadia poskytovateľa primárnej starostlivosti, rodinné lekárstvo nabáda k racionálnej

forme riadenia systému s cieľom zlepšiť celkovú starostlivosť o pacienta a budovať potrebné prepojenie v starostlivosti tam, kde by za iných okolností spolupráca mohla viaznuť.

Praktické školenie v koordinácii starostlivosti je dôležitá metóda na osvojenie si tejto zručnosti. Pridelená skupina pacientov, ako bolo popísané vyššie, na podporu získania zručností v kontinuite starostlivosti ponúka podobný prínos aj pri výučbe koordinácie. Náležitá starostlivosť o pridelenú skupinu pacientov si bude vyžadovať mnohé zručnosti potrebné na koordináciu starostlivosti, počnúc efektívnymi komunikačnými zručnosťami po systematické zlepšovanie praxe a kvality. Praktický výcvik školencom dáva možnosť získať autentickú skúsenosť so systémom v tom, ako uľahčovať, resp. zasahovať do poskytovania optimálnej starostlivosti. Táto skúsenosť posúva vzdelávací proces o poskytovanie starostlivosti a zlepšovanie kvality v rámci systému.

Cenná je aj skúsenosť, že rodinný lekár nemôže poskytnúť koordinovanú starostlivosť vo vákuu. Nestačí, ak rodinný lekár pozná na systéme založenú starostlivosť, ale aj samotný systém musí byť naprojektovaný tak, aby podporoval poskytovateľov primárnej starostlivosti, aby lekár mohol maximálne uplatniť svoje zručnosti. Využívanie systému odosielania je jedna z vysoko efektívnych metód založených na systéme na zlepšenie koordinácie a komunikácie medzi rodinným lekárom a subšpecialistom. Školenec sa pritom učí ako správne odosielať pacienta v rámci miestneho zdravotného systému. V ideálnom prípade používanie systému odosielania pomáha racionalizovať prístup pacienta k subšpecialistom a pritom sa zabráni aj nepotrebným návštevám subšpecialistov pri menej závažných alebo menej zložitých problémoch. Zlepšuje sa tým klinická starostlivosť a zvyšuje sa aj spokojnosť lekára, keď poskytovatelia primárnej starostlivosti efektívne a spoľahlivo komunikujú informácie o pacientoch, ktorých subšpecialistovi odoslali, a subšpecialisti zas posielajú informácie o diagnóze a navrhutej liečbe späť lekárovi primárnej starostlivosti. Systém odosielania môže takto podporovať kontinuitu starostlivosti, keď je pacient usmernенý späť k rodinnému lekárovi s informáciami, ako manažovať pacienta v jeho príslušných klinických podmienkach primárnej starostlivosti. Táto koordinácia sa môže javiť ako jednoduchá záležitosť, ale jej úspešnosť sa do veľkej miery stala sférou rodinného lekára a vyžaduje si ciele školenie, aby lekár vedel úspešne prekonávať bariéry v systéme.

Koordinácia starostlivosti nemusí byť limitovaná len na ambulantné prostredie. Určité štúdie ukázali, že efektívna koordinácia a rozvoj správneho vzdelá-

vania pacientov a dobré komunikačné systémy poskytovateľa vrátane efektívnej komunikácie o pobyte v nemocnici s lekárom pacienta môžu viesť k menšej miere opätovnej hospitalizácie po prepustení.^{50, 55}

Rodinní lekári, ktorí pracujú v nemocničnom prostredí, môžu tiež efektívne podporovať koordináciu starostlivosti. Detailne poznajú starostlivosť o ambulantných pacientov a sú vo zvýšenej miere školení v koordinácii starostlivosti, a tak ako poskytovatelia nemocničnej starostlivosti môžu byť osobitne efektívni pri koordinácii vyšetrení u početných subšpecialistov. Rodinný lekár pôsobiaci v nemocničnom prostredí je lepšie pripravený komunikovať s poskytovateľmi primárnej starostlivosti z ambulantného prostredia, pričom ich informuje o priebehu stavu pacienta počas hospitalizácie a poskytuje informácie o tom, ako sa najlepšie starať o pacienta v budúcnosti, keď pacient bude opäť v komunitnom prostredí.

Zhrnutie: na efektívnu koordináciu starostlivosti potrebuje rodinný lekár dobré znalosti ako komunikovať a školiť svoj tím, tak aby pomáhal v procese koordinácie, dobré vzťahy so subšpecialistami, ktorí mu zabezpečujú funkčný systém odosielania a dispenzarizáciu, účinnú metódu zhromažďovania a zaznamenávania všetkých lekárskeho záznamov pacienta s možnosťou ich sledovania v priebehu času, dobré znalosti ako zvládať a prekonávať neustále zmeny v zdravotných systémoch. Ak je toto splnené, potom môže byť rodinný lekár vysoko efektívny a môže pomáhať pacientom orientovať sa v náročných aspektoch zdravotného systému, aby sa dostali k esenciálnej starostlivosti, ktorú potrebujú.

Prevencia

Prevencia je dôležitý aspekt starostlivosti rodinného lekára o jednotlivých pacientov a komunity a patrí medzi najúčinnnejšie nástroje inštrumentária rodinného lekára na podporu zdravia. Vychádza z jednoduchej logiky: vyhnúť sa ochoreniu skôr, ako prepukne. Vyzerá to jednoduché, ale v praxi sa to uplatňuje oveľa ťažšie.

Preventívna starostlivosť môže zahŕňať primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu.⁵⁶

- **Primárna prevencia:** opatrenia na prechádzanie alebo odstránenie príčiny zdravotného problému u jednotlivca alebo v populácii skôr, ako problém vznikne. Zahŕňa podporu zdravia a špecifickú ochranu (napr. očkovanie).

- **Sekundárna prevencia:** opatrenia na detegovanie zdravotného problému vo včasnom štádiu u jednotlivca alebo v populácii, čím sa uľahčí liečba alebo sa zredukuje ochorenie, alebo sa predíde jeho rozšíreniu, alebo jeho dlhodobých efektov (metódy včasnej diagnostiky, skrining, včasné vyhľadávanie prípadov a včasná diagnostika pri preventívnej prehliadke).
- **Terciárna prevencia:** opatrenia na redukovanie chronických vplyvov zdravotného problému na jednotlivca alebo populáciu minimalizovaním obmedzenia funkcií v dôsledku akútneho alebo chronického zdravotného problému (napr. predchádzanie komplikáciám v prípade cukrovky). Tu je zahrnutá aj rehabilitácia.

Zavádza sa aj pojem **kvartérna prevencia**, ale termín nemá ustálenú definíciu.⁵⁷ Jedna definícia ju zmieňuje ako obnovu funkcie u ťažko chorých, WONCA navrhuje definíciu, že ide o opatrenia na identifikáciu rizika nadmernej medikácie a na ochranu pacienta pred ďalšími medicínskymi invazívnymi aktivitami do tej miery, ktorá je eticky akceptovateľná.⁵⁶ Ide teda o prevenciu zbytočného a neodôvodneného utrpenia nevyliciteľne chorých pacientov. Prevencia zahŕňa skrining ochorení a medicínske intervencie ako očkovanie, spojené s poradenstvom alebo poučením pacienta. Základy prevencie zahŕňajú:⁵⁸

- pochopenie vzorcov ochorenia;
- posúdenie rizikových faktorov;
- stanovenie rizikového profilu (kardiovaskulárny, onkologický atď.);
- vhodný výber a používanie skriningových testov;
- pochopenie a uplatňovanie vekovo špecifických a pre pohlavie špecifických odporúčaní na prevenciu;
- motivovanie pacientov k zmene správania.

Rodinní lekári sú typ komplexného lekára, a preto sú ideálne vybavení na vykonávanie komplexných úloh s mnohými faktormi. Kontinuita vzťahu s pacientmi je tiež ideálnym priestorom, keďže lekári sa stretávajú veľakrát so svojimi pacientmi, a tak majú možnosť zasahovať preventívnymi službami.

Medici sa môžu učiť princípy prevencie v prvých rokoch štúdia medicíny a cvičiť sa v aplikovaní týchto vedomostí počas klinickej študijnej praxe, keď poskytujú starostlivosť jednotlivým pacientom a komunite. Mnohé zdravotné problémy sú spojené s premennými životného štýlu ako sexuálne správanie

a fajčenie, pitie alkoholu a užívanie iných drog. Študenti môžu pomôcť pacientom s rizikovým správaním vyhýbať sa vysokorizikóvemu správaniu a motivovať ich k zmene správania.^{59, 60}

Aj v tejto situácii pridelenie skupiny pacientov s kontinuálnou starostlivosťou poskytuje ideálne prostredie na školenie v oblasti prevencie. Vo svetle zodpovednosti za celkové zdravie skupiny pacientov, a nie len liečbu predpokladaných medicínskych problémov, prevencia nadobúda silnejúcu úlohu v rámci školenia. Školenci sa učia, ako pri každom stretnutí s pacientom zväziť preventívne intervencie, ako nabádať pacienta prijať a dodržiavať preventívne opatrenia. Aplikácia týchto princípov na úrovni poskytovania klinických služieb jednotlivým pacientom pomáha prinášať programy verejného zdravia k jednotlivým pacientom.

V niektorých krajinách sú zavedené systematické periodické preventívne prehliadky, ktoré môžu byť významným nástrojom prevencie.

Orientácia na rodinu

Rodinní lekári potrebujú poskytovať komplexnú starostlivosť mnohým členom rodiny, a preto sa musia naučiť rutinne vnímať pacienta v kontexte rodiny a ak je to vhodné, aplikovať rodinný prístup k starostlivosti o pacienta. Začína sa to pochopením úlohy rodiny v správaní, v zdraví, v chorobe, pochopením dynamiky rodinných systémov a štádií životného cyklu. Zapájanie členov rodiny do udalostí ako narodenie dieťaťa alebo starostlivosť na konci života môže zlepšiť kvalitu života a prispôsobenie sa členov rodiny meniacim sa okolnostiam.

Efektívna starostlivosť orientovaná na rodinu si vyžaduje vypestovanie viacerých zručností. Školenci sa musia naučiť urobiť rodinnú anamnézu vo svetle genetickej záťaže ochoreniami, ktorou zisťujú viac ako len relevantné lekárske informácie. Rodinní lekári by sa mali naučiť zostaviť genogram (rodokmeň) a rozpoznať hodnotu sledovania a uchovávanía takýchto informácií ako súčasti pacientovej zdravotnej karty. Do genogramu by mali byť zaznamenané rodinné vzťahy, štrukturálne aj emocionálne, ako aj tradičné genetické informácie. Rodinní lekári by mali vedieť viesť rodinné stretnutie, na ktorom sa diskutuje o dôležitých zdravotných záležitostiach, predovšetkým pokiaľ ide o zmeny v zdravotnej starostlivosti a v živote vo všeobecnosti. Rodinní lekári musia chápať dôležitosť rodinnej dynamiky a životného cyklu a mať základné zručnosti v rodinnom poradenstve, aby pomohli rodinám, ktoré majú vo svojej starost-

livosti, prekonať stresujúce situácie, ktoré majú vplyv na ich zdravie. Rodinní lekári môžu čerpať aj z pohľadu na vlastnú rodinu a jej dynamiku a z vlastnej skúsenosti, ako ovplyvňuje ich pohľad pri práci s pacientmi v dotknutej oblasti. Pri budovaní týchto zručností sa dajú aplikovať mnohé techniky. Študenti si môžu precvičiť rozhovor s viac ako jedným členom rodiny, ako viesť stretnutie alebo poradu s rodinou a ako vytvoriť terapeutické spojenectvo s členmi pacientovej rodiny.^{35, 61} Študenti, ktorí majú možnosti zažiť a precvičiť si prístupy orientované na rodinu, budú vedieť efektívnejšie pracovať s rodinami vo svojej budúcej praxi.

Špecifická otázka súvisiaca s orientáciou na rodinu je zdravie žien, plánovanie rodičovstva a služby v oblasti reprodukčného zdravia. Táto oblasť je dôležitou súčasťou klinického portfólia starostlivosti a súvisí s princípom komplexnosti, je to súbor základných zručností, ktorý je snád najbližšie spojený s orientáciou na rodinu. Efektívne plánovanie rodičovstva poskytuje základy na vytvorenie zdravých rodín, a preto rodinný lekár potrebuje mimoriadne zručnosti práve v týchto oblastiach. Tu nejde len o načasovanie gravidity a predchádzanie neželaným graviditám, ale malo by tu byť zahrnuté aj aktívne poradenstvo pred počatím. Mala by tam byť zahrnutá prenatálna starostlivosť a možnosť pre rodinného lekára maximálne využiť možnosti zdravého pôrodu a rovnako využiť viaceré stretnutia počas starostlivosti na pomoc rodine, aby sa pripravila na fyzicky aj emocionálne silný moment v rodine. V ideálnom prípade bude rodinný lekár pripravený asistovať pri pôrode dieťaťa, a nie len efektívne dohliadať na pôrodné asistentky a ďalší personál pri pôrode, bude pomáhať zvládať komplikácie pri pôrode, alebo bude iba prítomný, aby sa upevňovala väzba a medziľudské vzťahy medzi lekárom a rodinou.

Solidný súbor zručností v oblasti zdravia žien umožňuje rodinnému lekárovi poskytovať základné služby a zároveň maximalizovať zdravie matky, ktorá je často popredným užívateľom zdravotnej starostlivosti v rodine.

Orientácia na komunitu

Väčšina rodinných lekárov sa zapája do komunit, kde majú pacientov a kde často vykonávajú dôležité komunitné zdravotné služby. V rámci komunitných zdravotných činností môžu vykonávať vzdelávacie, preventívne alebo iné aktivity, napr. školské zdravotné programy, očkovacie kampane alebo aktivity pre seniorov.

Efektivita takých aktivít sa zvyšuje, keď sa vykonávajú ako súčasť premyslenej stratégie na poskytovanie komunitne orientovanej primárnej starostlivosti. Komunitne orientovaná primárna starostlivosť poskytuje rodinnému lekárovi stratégiu na uplatnenie všetkého, čo sa naučil počas každodenného poskytovania starostlivosti v kontexte komunitného zdravia.^{25, 62} Pre pozorného rodinného lekára poskytovanie klinických služieb jednotlivcom je ako okno do celkového zdravia komunity. Diagnózy ľudí, ktorí vkročia do ambulancie rodinného lekára, sú odrazom zdravotného stavu komunity ako celku a indikáciou faktorov, ktoré podporujú alebo zhoršujú zdravotný stav komunity. Rodinný lekár, aby vedel využiť túto dôležitú vlastnosť primárnej praxe, potrebuje vedieť, ako reagovať na svoje pozorovania a zistenia. Primárna starostlivosť orientovaná na komunitu nabáda poskytovateľov, aby pozorovali a zistenia predostreli komunitne štruktúrovaným spôsobom a hľadali možnosti ako určiť a pomáhať naplňovať miestne potreby v oblasti verejného zdravia. Týmto spôsobom rodinný lekár vie viac zhodnotiť a zohľadniť sociálne, environmentálne a ekonomické vplyvy širšej komunity na zdravie jednotlivých pacientov.

Študenti majú možnosť získať úvodné poznatky v oblasti princípov epidemiológie, zdravia obyvateľov a komunitne orientovanej primárnej starostlivosti počas štúdia medicíny. Súčasťou výučby praktických zručností môže byť spolupráca na posudzovaní zdravotných potrieb komunít, identifikovanie zdrojov súvisiacich so zdravím, výber priorít pri intervenciách a posudzovanie výsledkov, keď budú pracovať spolu so skúsenými rodinnými lekármi v komunitnom prostredí.⁶³ Školenci s podporou a usmernením od skúsených členov zdravotného tímu môžu pôsobiť pri zdravotnej výchove a ako vzor pre mládež. V niektorých školách rodinní lekári sú gestormi programov, v ktorých sa študenti medicíny zapájajú do komunitnej a školskej zdravotnej výchovy, čím študenti získavajú možnosť zúčastňovať sa na aktivitách pre zdravie komunity už počas štúdia medicíny. Študenti, keď pracujú spolu s rodinnými lekármi, ktorí úspešne integrovali individuálne a komunitné zdravotné činnosti, sa učia vnímať tieto aktivity ako súčasť kontinua komplexnej primárnej zdravotnej starostlivosti, a nie ako sústavu navzájom nesúvisiacich prvkov.

Dôležitý aspekt pri výučbe rodinného lekárstva je, že zatiaľ čo prevencia a komunitná orientácia sú dôležité súčasti výučby rodinného lekárstva, rodinné lekárstvo nie je výlučne disciplína verejného zdravia. Systém vzdelávania poskytovateľov výlučne v oblasti princípov verejného zdravia a programov zameraných na starostlivosť založenú na populácii, ako je určené pre tých, čo by

mohli viesť tímy zdravotnej starostlivosti na komunitnom základe, ktoré poskytujú preventívnu starostlivosť na úrovni populácie, nestačí na zabezpečenie spôsobilosti prakticky vykonávať iba rodinné lekárstvo. Skôr naopak, rodinné lekárstvo je v prvom rade klinická disciplína a jej zameranie na preventívnu starostlivosť a starostlivosť o komunitu je nevyhnutne zakotvené v poskytovaní priamej klinickej starostlivosti orientovanej na osobu, a tak školiace programy musia obsahovať tento mimoriadne dôležitý prvok. Rodinný lekár nie je náhradou za profesionála v oblasti verejného zdravia, ale významne prispieva v rámci systému poskytovania komplexnej starostlivosti zacielenej na podporu zdravia celej komunity.

Sústredenie sa na pacienta

Snáď najzákladnejší rozdiel medzi rodinným lekárstvom a ďalšími medicínskymi disciplínami je najvyšší a ústredný princíp sústredenia pozornosti na pacienta. To, že pacient je v strede pozornosti, znamená posun v klinickej starostlivosti od liečebného prístupu sústredného na jednotlivé ochorenie k prístupu, ktorý je založený na celostnejšom a spoluprácu viac podporujúcejšom zameraní sa na zdravie celého človeka. Aj keď sa javí, akoby tento princíp mal byť podstatný pre všetky oblasti medicíny, len rodinné lekárstvo si osvojuje tento princíp ako hnaciu silu na poskytovanie všetkej zdravotnej starostlivosti.

Sústredenie sa na pacienta ako určujúci princíp medicínskeho vzdelávania sa môže v mnohých systémoch výrazne odlišovať od typického vzdelávacieho modelu. Tradične komunikačné zručnosti a vzťah pacient – lekár boli dôležité komponenty. Medicínske vzdelávanie však do veľkej miery teraz uplatňuje prístup sústredný na chorobu a vytesňuje tieto ďalšie prvky starostlivosti do malej a fragmentovanej časti v celých vzdelávacích osnovách medicíny. Bezpochyby desaťročia výskumu chorôb viedli k explózii medicínskych poznatkov vo všetkých oblastiach medicíny. Tieto objavy, výskum a klinická starostlivosť orientovaná na chorobu tiež prináša vedecky podložené a štatisticky významné kvantitatívne zlepšenie. Vo svetle tohto cieleného úspechu zdravotné systémy a rôzne fondy financovania zvyšujú tlak na ďalšie rýchle zlepšovanie týchto konkrétnych ukazovateľov. Potrebná je ale rovnováha a konečným cieľom rodinného lekára je zachovávať jednotlivých pacientov, ako aj celú populáciu v čo najlepšom zdravotnom stave prostredníctvom poskytovania vysokokvalitnej a na pacienta sústredenej primárnej starostlivosti.

Na dôkazoch založená medicína a úsilie zlepšovať výsledky u populácie sú v rodinnom lekárstve dôležité pre každodennú prácu rodinného lekára a predstavujú podstatu princípu nasmerovaného na poskytovanie komplexnej starostlivosti. Rodinný lekár si však je vedomý toho, že každý jednotlivý pacient je nekonečne zložitý systém, ktorý si vyžaduje odbornosť, ktorá ide ďalej ako iba na chorobe založené guideliney a na populácii založené intervencie.

Zdravie jednotlivcej osoby je výsledkom komplikovaného súboru interakcií, ovplyvneného nielen správaním a genetikou dotknutej osoby, ale aj rodinou a komunitou a skupinou komorbidít jedinečných pre danú osobu. Navyše, osobný život jednotlivca a zdravotné ciele v konečnom dôsledku určujú správanie v záujme zdravia.

Odbor rodinného lekárstva vyvinul rozmanité vzdelávacie mechanizmy na výučbu budovania a optimalizácie vzťahu medzi pacientom a lekárom. Komunikácia medzi pacientom a lekárom je podstatná na vytvorenie terapeutického vzťahu s pacientmi a jej výučba sa môže zaviesť na začiatku medicínskeho vzdelávania a zdokonaľovať počas neskoršieho klinického rotovania.

Je veľa prístupov k výučbe komunikačných zručností sústredených na pacienta.^{64–70} BOX 4.4 uvádza základné prvky komunikácie pri kontakte s pacientom tak, ako ich zhrnuli učitelia komunikačných zručností.

Mnohí rodinní lekári pri výučbe a hodnotení komunikačných zručností používajú klinickú metódu sústredenú na pacienta. Kombinovaním základných prvkov komunikácie s princípmi rodinného lekárstva integruje táto metóda komunikáciu ohľadom prežívania choroby na strane pacienta s biomedicínskymi aspektmi diagnózy a manažmentu.⁷¹

Na pacienta sústredená klinická metóda zahŕňa venovanie pozornosti šiestim vzájomne súvisiacim komponentom starostlivosti o pacienta:

1. skúmanie choroby aj prežívanie ochorenia;
2. pochopenie osoby ako celku;
3. hľadanie dohody o manažmente;
4. zahrnutie prevencie a podpory zdravia;
5. zlepšovanie vzťahu medzi lekárom a pacientom;
6. zostať realistom.

Rodinní lekári môžu upraviť tieto alebo ďalšie komunikačné zručnosti na formovanie, výučbu a hodnotenie komunikačných zručností školencov v priebehu školenia. Vynikajúce komunikačné zručnosti sú dôležité vo všetkých ob-

BOX 4.4 Základné prvky komunikácie pacient – lekár¹⁰³**Otvoriť diskusiu**

- Umožniť pacientovi dohovoriť to, čo chce povedať na úvod
- Nechať pacienta uviesť všetky obavy a problémy
- Vytvoriť/udržiavať osobný kontakt

Získať informácie

- Náležite používať otázky s otvoreným koncom a so zatvoreným koncom
- Štruktúrovať, objasňovať a sumarizovať informácie
- Aktívne používať neverbálne (napr. očný kontakt) a verbálne (napr. povzbudzujúce slová) techniky

Pochopiť pohľad pacienta

- Skúmať kontextové faktory (napr. rodina, kultúra, pohlavie, vek, socioekonomická situácia, náboženstvo)
- Skúmať presvedčenie, obavy a očakávania ohľadom zdravia a choroby
- Uznať pacientove myšlienky, pocity a hodnoty a reagovať na ne

Deliť sa o informácie

- Používať jazyk, ktorému pacient rozumie
- Kontrolovať porozumenie
- Povzbudzovať kladenie otázok

Dosiahnuť dohodu o problémoch a plánoch

- Povzbudzovať pacienta k spoluúčasti na rozhodovaní a k zdieľaniu rozhodnutí, ak si to želá
- Kontrolovať ochotu pacienta a schopnosť dodržiavať plán
- Určiť zdroje a podporu a využiť ich

Urobiť záver

- Spýtať sa, či pacient ešte má nejakú otázku alebo problém
- Sumarizovať a potvrdiť si súhlas s plánovanými aktivitami
- Prediskutovať následné plány (napr. ďalšiu návštevu, plán pre prípad neočakávaných výsledkov)

lastiach medicíny a rodinní lekári sú dobre vybavení na to, aby formovali a učili komplexné komunikačné zručnosti vzhľadom na to, že pristupujú k pacientovi z holistickej perspektívy a musia sa učiť podporovať zmysluplné dlhodobé vzťahy. Konkrétnu metódu známu ako Bálintova skupina vyvinul britský všeobecný praktický lekár Michael Balint a táto metóda sa vo veľkej miere používa ako skupinový proces reflexie a ako vyučovacia metóda konkrétne na analýzy a zlepšovanie vzťahov medzi pacientom a lekárom v praxi rodinných lekárov.⁷² Túto metódu používajú nielen školitelia, ale aj skúsení rodinní lekári s cieľom kontinuálneho zdokonaľovania zručností v manažovaní vzťahu medzi pacientom a lekárom.

Terapeutický vzťah medzi pacientom a lekárom je založený aj na silných etických základoch.⁷³ Vyžaduje si to preukazovať:

- ▶ bezpodmienečnú úctu voči pacientovi;
- ▶ zanietene pracovať v najlepšom záujme pacienta;
- ▶ záväzok neškodiť;
- ▶ zachovávať dôvernosť;
- ▶ rešpektovať prania a autonómiu pacientov a ich rodiny.

Princípy sociálnej spravodlivosti a spravodlivosti v dostupnosti zdravotnej starostlivosti sú dôležité vo všetkých oblastiach, ale osobitne relevantné sú práve v rodinnom lekárstve, ktoré sa usiluje naplňovať komplexné zdravotné potreby jednotlivcov a komunít. Rodinní lekári sú často v prvej línii tých, čo poskytujú primárnu zdravotnú starostlivosť znevýhodneným osobám. Rodinní lekári sú v takých podmienkach často svedkami nerovnosti a nespravodlivosti v spoločnosti a v systéme zdravotnej starostlivosti a musia sa naučiť uplatňovať mechanizmy na efektívne vykonávanie praxe v týchto ťažkých okolnostiach. Práca s rodinnými lekármi preukazujúcimi bezpodmienečnú úctu a etické správanie voči každému zo svojich pacientov bez ohľadu na okolnosti pomáha školencom osvojiť si podobné hodnoty a postoje. Klinické skúsenosti, ktoré poskytujú príležitosť na reflexiu a diskusie o etických problémoch, dávajú učiteľom aj školencom možnosť analyzovať silné a slabé stránky zdravotných systémov a môžu byť motiváciou pre študentov, aby sa zasadzovali za zmeny vo vzdelávacích osnovách, v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a v spoločnosti (*pozri BOX 4.5*).

Ďalšia dôležitá vec, ktorú treba brať do úvahy pri starostlivosti sústredenej na pacienta, ktorá tiež ovplyvňuje dostupnosť starostlivosti, je kultúra miest-

nej populácie, najmä ak ide o multikultúrnu populáciu. V mnohých prípadoch existujú miestne systémy liečby, ktoré sú veľmi citlivou kultúrnou záležitosťou, uplatňujú ich mnohé generácie a pacienti voči tomuto alternatívnemu presvedčeniu a týmto alternatívnym systémom zdravotnej starostlivosti zostávajú lojálni. Rodinní lekári sa musia naučiť pýtať sa na tieto doplňujúce medicínske praktiky a skúmať, ako ich včleniť do svojich obvyklých odporúčaní v závislosti od záujmu pacienta. Rodinný lekár sa musí naučiť integrovať pacientovo kultúrne vnímanie ochorenia do akceptovateľných možností manažmentu pacienta.

Na úspešnú maximalizáciu zdravia každého jednotlivého pacienta musí lekár využiť páky všetkých vyššie uvedených princípov primárnej starostlivosti v prospech budovania vzťahu založeného na dôvere a porozumení. Rodinný lekár ako odborník vyznajúci sa v týchto princípoch sa usiluje riešiť osobné ciele jednotlivého pacienta a tak maximalizovať zdravie každého pacienta do takej miery, ako si to pacient želá a ako to dovoľí. V prípade zdravotných systémov zdroje financií globálneho zlepšovania zdravia a tlak na produkovanie lepších výsledkov môžu byť v nesúlade so záujmami jednotlivého pacienta a starostlivosti orientovanej na osobu. Osobné ciele pacienta skutočne môžu byť v protiklade s dosiahnutím objektívnej maximalizovanej úrovne zdravia a ako také v protiklade s cieľmi verejného zdravia a zdravotného systému ako celku. Rodinný lekár je školený, aby najprv bral do úvahy potrebu a želania jednotlivca, ktorý sedí pred ním v ambulancii, a potom aplikoval ďalšie silné nástroje medicíny podľa ochorenia. Rodinné lekárstvo ako špecializácia má za cieľ zladiť tieto protichodné sily tak, že priamo rieši zložité aspekty zlepšovania celkového zdravotného stavu pacienta a populácie na úrovni jednotlivého pacienta.

Úlohou rodinného lekára je pozdvihnúť sústredenie na pacienta, aby sa stalo ešte viac zacieleným na osobu¹⁰⁵ podporovaním posilnenia jednotlivcov a komunit prostredníctvom vzdelávania a zdravotnej výchovy, lepšieho prístupu k informáciám, podporovaním starostlivosti o seba a povzbudzovaním spoločného rozhodovania pacientov a ich lekárov.

Ako zladíť všetkých osem princípov

Teraz vidno, v akej jedinečnej pozícii je rodinný lekár v súvislosti s touto úlohou. Rodinní lekári alebo členovia ich tímov sú pre svojich pacientov optimálne dostupní, a preto vedia zasiahnuť vtedy, keď to pacient potrebuje a chce.

Rodinný lekár je dobre školený na poskytovanie komplexnej škály klinických služieb v závislosti od ochorenia a je oboznámený so zložitými úlohami liečby a manažovania škály komorbidít viacerých orgánov a systémov. Komplexný prístup rodinného lekára však ide ďalej ako starostlivosť podľa ochorenia a zahŕňa špecifickú odbornosť v komunikácii s pacientom a pri zvažovaní mnohých sociálnych determinánt ich zdravia. Rodinný lekár si buduje dlhodobý a dôverný vzťah s pacientom, poskytuje dôležitý pohľad na mnohorakú interakciu zdravia pacienta s prostredím v priebehu času, ako aj pohľad na celkové osobné zdravotné ciele pacienta.

Rodinný lekár, ktorý si vybudoval taký vzťah a porozumenie pre svojho pacienta, sa stáva obhajcom zdravia pacienta, nie len poskytovateľom priamej klinickej starostlivosti, ale aj koordinátorom prístupu a manažérom celkového zdravia naprieč viacerými rôznymi miestami zdravotnej starostlivosti. Rodinný lekár hľadá možnosti špecifické pre pacienta, aby predchádzal ochoreniu, poskytuje náležité preventívne služby. Rodinný lekár berie do úvahy vplyv pacientovej rodiny, usiluje sa zapojiť ďalších členov rodiny do starostlivosti o pacienta, ak je to vhodné, a znalosti o zdraví celých rodín využíva pri riešení zdravotných problémov v dotknutej rodine. Rodinný lekár potom hľadá aj ďalej, za hranice pacientovej rodiny, na celú komunitu a skúma, ako komunita môže ovplyvňovať zdravie pacienta a ako skúsenosť s jednotlivými pacientmi môže napovedať o tom, čo sa deje so zdravím celej komunity. Rodinný lekár potom zvolí prístup k individuálnym pacientom, ktorým pomôže riešiť aj špecifické zdravotné potreby komunity. To sa deje kombinovanou aplikáciou všetkých tých princípov, ktoré rodinný lekár môže potom využiť a uplatniť v závislosti od choroby, synergickým spôsobom a v súlade s individuálnymi zdravotnými cieľmi pacienta. Poskytovateľ primárnej starostlivosti školený vo všetkých týchto princípoch bude zisťovať, aké má pacient problémy a obavy, stanoví zistenia u tohto pacienta prináležiace ku konkrétnym diagnózam a ďalšiemu postupu, určí ovplyvňujúce faktory jednotlivých komorbidít a v prostredí pacienta poradí a poučí pacienta o príslušných zdravotných otázkach. Potom uplatní proces zdieľaného rozhodovania na dosiahnutie osobných zdravotných cieľov jednotlivého pacienta. Tým, že rieši celý zložitý systém individuálneho pacienta a že v spoločnom úsilí maximalizuje zdravie každého pacienta adaptovaním prístupov v závislosti od choroby, aby odrážali a rešpektovali špecifické potreby jednotlivého pacienta, rodinný lekár môže mať najväčší vplyv na celkové výsledky v oblasti zdravia.

4.3 AKO VZDELÁVAŤ A ŠKOLIŤ V ODBORE RODINNÉ LEKÁRSTVO?

Pochopenie podstaty rodinného lekárstva a jeho odlišností od iných typov odbornej prípravy a medicínskych špecializácií je predpokladom pre uvažovanie o mechanizme, ako uskutočňovať vzdelávacie a školiace programy v rodinnom lekárstve. Táto kapitola sa nebude venovať detailom všeobecných princípov medicínskeho vzdelávania a navrhovania vzdelávacích osnov (kurikula) spoločných pre všetky odbory medicíny (sú podrobne rozpracované v príslušných materiáloch), a preto ani nepôjde do konkrétnych detailov ich jednotlivých aspektov. Dôraz v tejto časti sa bude klásť na prístup k realizácii vzdelávania a školenia v rodinnom lekárstve, ktoré vychádza zo zdravotného systému. Zo systému vychádzajúce vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve si vyžaduje tri základné prvky: budovanie infraštruktúry, vývoj špecifických študijných programov a hodnotenie poskytovateľov a programov. Táto časť kapitoly sa začína budovaním infraštruktúry, pretože komplexný program školenia v primárnej starostlivosti nie je možný bez náležitých základov. Ak sú vybudované základy, dá sa uvažovať o typoch školiacich programov s určitými spoločnými aspektmi vývoja. Keď sú programy zavedené, môže začať proces hodnotenia a zlepšovania.

Budovanie infraštruktúry rodinného lekárstva

Zavedenie školiaceho programu v rodinnom lekárstve si vyžaduje vyhradenú infraštruktúru ako napr. záväzok zo strany inštitúcií a koordinovanú podporu pedagógov vyučujúcich rodinné lekárstvo, kolegov – špecialistov, členov zdravotných tímov, správcov programu a pracovníkov. Vzdelávacie programy môžu byť súčasťou akademických katedier rodinného lekárstva alebo môžu byť samostatné. Programy vypracované v prospech komúnit a zdravotných systémov majú väčšiu pravdepodobnosť byť úspešné. Prínosy zahŕňajú zlepšenie dostupnosti, komplexnosti a kvality starostlivosti, zabezpečenie nemocničného aspektu, atraktivnosť pre pacientov a získavanie vysokokvalitných pedagógov a školiťelov. Keď miestne vedúce osobnosti a lekári chápu hodnotu rodinného lekárstva pre komunitu a zdravotný systém, skôr ho budú podporovať.

Základná infraštruktúra spojená s vypracovaním vzdelávacích programov v rodinnom lekárstve je v Boxe 4.5. Prvky sa dajú navrhovať simultánne alebo v inom poradí, ako je uvedené. Je niekoľko scenárov. Nové programy si budú vyžadovať plány na rozbeh a dlhodobé plány. Nedávno vytvorené programy sa môžu

BOX 4.5 Základná infraštruktúra potrebná na vypracovanie vzdelávacích programov v rodinnom lekárstve**Akademická oblasť**

- Vytvoriť kurikulum (obsah špecializačnej prípravy) a spôsoby hodnotenia
 - dohodnúť sa na charaktere rodinného lekárstva
 - stanoviť podrobné študijné ciele a očakávané spôsobilosti v nadväznosti na potreby komunity
 - vypracovať základné ciele kurikula na podporu dosiahnutia týchto spôsobilostí
 - zvoliť najlepšie vyučovacie metódy a odbornú prax na dosiahnutie cieľa
 - plánovať kurikulum na dlhšie obdobie
 - vytvoriť systém na hodnotenie a spätnú väzbu od školencov
 - stanoviť alebo naplniť kritériá na vyhodnotenie programu, uznanie a certifikáciu
- Vytvoriť katedru alebo útvar rodinného lekárstva
- Budovať vzťahy:
 - nadviazať partnerské vzťahy s nemocnicami a lekáorskými fakultami
 - združovať sa v regionálnych, národných a medzinárodných združeniach ako napr. WONCA

Ľudské zdroje

- Získavať vedúce osobnosti, pedagógov a pracovníkov
- Získavať pacientov
- Získavať školiteľov

Materiálne a finančné zabezpečenie

- Zabezpečiť financovanie
- Organizovať centrá výučby praxe rodinného lekárstva
- Zriadiť nemocnicu, miesta výučby v špecializácii a komunitné miesta výučby

porovnať s týmto zoznamom a následne sa v nich môžu nájsť oblasti na zlepšenie. Dobré zavedené programy pomôžu vypracovať ďalšie špeciálne oblasti, rozšíriť agendu výskumu, vytvoriť partnerstvá s novými vyvíjajúcimi sa programami vo vlastnej krajine alebo iných krajinách alebo posilniť komunitné zdravotné iniciatívy. Každé oblasti sa podrobnejšie venujeme neskôr, ale najprv preskúmame tri kategórie infraštruktúry potrebnej na vypracovanie vzdelávacieho programu: akademická infraštruktúra, ľudské zdroje, materiálne a finančné zdroje.

Akademická infraštruktúra

Cieľom špecializovaného vzdelávania v rodinnom lekárstve je pripraviť rodinných lekárov na poskytovanie dlhodobej, na osobu orientovanej, komplexnej, vysokokvalitnej starostlivosti pre jednotlivcov, rodiny a komunity. To si vyžaduje vzdelávanie, ktoré je špeciálne navrhnuté na zabezpečenie znalostí, postojov a zručností potrebných pre vykonávanie praxe v budúcnosti. Úspešné systémy vzdelávania rodinných lekárov sa však medzi jednotlivými krajinami líšia.

Rodinní lekári sa môžu odborne pripravovať v rozličných vzdelávacích a klinických prostrediach. Zvyčajne sa medzi ne zaraďujú školiace centrá pre rodinnú prax, nemocnice, pracoviská, kde vykonávajú lekársku prax príslušní odborní konzultanti, a iné komunitné zdravotné zariadenia. Obsah bude závisieť od miestnych potrieb a praxe. Aj dĺžka trvania je rôzna u väčšiny špecializovaných programov a vyžaduje po absolvovaní štúdia medicíny ďalších 2 – 5 rokov štúdia na plný úväzok, ale presná dĺžka trvania potrebného vzdelávania ostáva predmetom diskusií.

Pokračujúce vzdelávanie založené na kompetentnosti možno začne posúvať zameranie ďalej od tradičných programov viazaných na čas smerom k pružnému modelu, kde čas pre jednotlivého školenca sa viaže najmä na to, kedy sa stane kompetentným.¹⁰⁶

Rodinné lekárstvo má jadro znalostí, kde sa kladie dôraz na šírku a zahŕňa veľa spoločného obsahu s ďalšími disciplínami, napr. interné lekárstvo, pediatria, pôrodníctvo a gynekológia, chirurgia a psychiatria. Skúsenosti v oblasti komunitného zdravia, riadenia praxe a tímové prístupy k zdravotnej starostlivosti umožňujú rodinnému lekárovi premosť individuálne a verejné zdravotné služby a prispievať k zlepšovaniu miestnych zdravotných systémov. Prax rodinného lekára si však vyžaduje viac ako súbor vzájomne nepreviazaných školení. Rodinný lekár sa učí integrovať a aplikovať vedomosti a zručnosti v iných disciplínach tým, že počas školenia poskytuje komplexnú starostlivosť pacientom, rodinám a komunitám.

Optimálny mix zručností rodinných lekárov potrebný na riešenie potrieb primárnej zdravotnej starostlivosti o pacientov a komunity sa mení v závislosti od charakteristiky miestneho zdravotného systému, vzorcov ochorení, lokality praxe, dostupných zdrojov a blízkosti ďalších zdravotných služieb. Ako je však uvedené v kapitole 3 a aj v tejto kapitole vyššie, je určitý súbor zručností

BOX 4.6 Zavedenie výučby rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria^{107, 108}

Aktivity v rodinnom lekárstve v Turecku začali už v r. 1961, následne v Bahrajne v r. 1978 a v Libanone v r. 1979 zaviedli formálne vzdelávacie programy v rodinnom lekárstve. Postupne pokračoval rozvoj rezidenčných programov v rodinnom lekárstve v ďalších arabských krajinách a v r. 2011 bolo 31 programov v 12 krajinách. Tieto programy absolvovalo ročne približne 182 rezidentov. Pripravuje sa ďalších 6 nových programov.

Arabská rada pre medicínske špecializácie bola vytvorená v r. 1978 na podporu zlepšovania zdravotných systémov a rezidentského vzdelávania prostredníctvom regionálnych štandardov. Neskôr vznikla Arabská rada pre rodinné a komunitné lekárstvo, ktorá plní výraznú úlohu pri stanovovaní štandardov pre výučbu rodinného lekárstva a absolventom udeľuje certifikáty. Na získanie licencie sa nevyžaduje certifikát, ale držiteľia certifikátu majú možnosť získať lepšie zamestnanie a ohodnotenie a v určitých akademických podmienkach je certifikát Arabskej rady povinný.

Počet rodinných lekárov na počet obyvateľov v regióne ostáva na nízkej úrovni, ale pozitívum je, že absolventi rodinného lekárstva väčšinou ostávajú pracovať v krajine, kde sa vyškolili, a väčšina pracuje v aktívnej klinickej praxi. Väčšina pracuje v štátnych strediskách, samostatnej praxi alebo v akademickom prostredí. V niektorých krajinách sú určité obmedzenia rozsahu praxe vrátane nedostatočnej pôrodnickej a nemocničnej starostlivosti, i keď tieto zvyčajne ostávajú v pôsobnosti akademických lekárov vzhľadom na požiadavky rotácie, ktoré stanovila Arabská rada.

a kompetencií, ktoré sú charakteristické pre rodinných lekárov.⁷⁴ V mnohých krajinách boli vytvorené základné vzdelávacie osnovy, rodinní lekári získajú najlepšiu prípravu prostredníctvom školiacich programov, ktoré zodpovedajú edukačným cieľom, potrebám a zdrojom v miestnom prostredí. Ciele by v jadre mali odzrkadľovať regionálny popis práce poskytovateľa primárnej lekárskej starostlivosti prvého kontaktu.

Vytvorenie úspešného vzdelávacieho programu v rodinnom lekárstve si vyžaduje aj ľudské, materiálne a finančné zdroje. Tieto konkrétne zdroje budú popísané inde, ale zvyčajne sa organizujú prostredníctvom akademických systémov s katedrami, resp. inými útvarmi rodinného lekárstva.

Vytvorenie základných vzdelávacích osnov (kurikula) pre rodinné lekárstvo

Stavebné kamene vzdelávacieho programu v odbore rodinné lekárstvo zahŕňajú základné vzdelávacie osnovy, ktorých jadrom sú základné princípy rodinného lekárstva zacielené na získanie požadovaných kompetencií/spôsobilostí. Štruktúrované vzdelávanie pripravuje rodinných lekárov na riešenie širokej škály problémov u dojčiat, detí, dorastu, gravidných žien a seniorov, aby rozpoznali u pacientov zriedkavé ochorenia, stabilizovali a presunuli pacientov v stave ohrozenia života do najvhodnejšieho zariadenia. Rodinní lekári nielen poskytujú komplexnú starostlivosť, ale pôsobia aj ako zdravotní koordinátori a vedúci tímov. Základný obsah uvedený v Boxe 4.7 slúži ako východisko pri plánovaní programu na dosiahnutie týchto kompetencií.

BOX 4.7 Základný obsah rodinného lekárstva zahŕňa ...

Starostlivosť o pacientov zo špecifických skupín

- Novorodenci
- Dojčatá
- Deti
- Dorast
- Dospelí
- Gravidné ženy
- Starší muži a ženy

Integrovanie komponentov komplexnej starostlivosti

- Rozumieť epidemiológii chorôb v primárnej starostlivosti
- Realizovať odobratie anamnézy a fyzikálne vyšetrenie
- Porozumieť rozdielom vo fyziológii a v metabolizme liekov
- Interpretovať laboratórne a rádiologické výsledky
- Vyhodnotiť riziká špecifické pre vekovú skupinu
- Vykonávať prevenciu, skrining, výživové poradenstvo a zdravotnú výchovu
- Poznať aspekty normálneho vývinu
- Poskytovať behaviorálne a psychologické poradenstvo
- Správne odosielať indikovaných pacientov
- Poskytovať paliatívnu starostlivosť a starostlivosť ku koncu života
- Zohľadňovať etické aspekty starostlivosti
- Zohľadňovať rodinný, komunitný a kultúrny kontext

Riešenie prevalentných problémov

- Alergie
- Anestézia a zvládanie bolesti
- Kardiovaskulárne problémy
- Dermatologické problémy
- Problémy s očami, ušami, nosom a hrdlom
- Akútne a život ohrozujúce stavy
- Gastrointestinálne problémy
- Problémy pohlavných orgánov a močového traktu
- Gynekologické problémy
- Infekčné choroby
- Muskuloskeletálne problémy
- Neoplastické problémy
- Neurologické problémy
- Pôrodníctvo
- Psychiatrické a behaviorálne problémy
- Pľúcne problémy
- Problémy obličiek
- Chirurgické problémy
- Multimorbidita

Koordinácia zdravotných služieb s ...

- rodinami:
 - zhodnotenie rodiny
 - stretnutia s rodinou
 - rodinné poradenstvo a usmernenie
- komunitami:
 - epidemiológia a zdravie obyvateľov
 - posúdenie komunity
 - identifikácia a využívanie komunitných zdrojov
 - komunitná zdravotná výchova a programy na prevenciu
 - obhajovanie záujmov pacientov v súvislosti s politikou
 - medzisektorové aktivity na podporu zdravia
- zdravotnými tímami:
 - zostavovať a mobilizovať tímy
 - vodcovské zručnosti
 - zručnosti v riadení praxe

Všetky vzdelávacie programy v odbore rodinné lekárstvo majú rovnaký cieľ – pripraviť rodinných lekárov na poskytovanie komplexnej primárnej zdravotnej starostlivosti, ale vzdelávacie programy v oblasti praxe rodinného lekárstva sa v detailoch navzájom líšia. V určitých regiónoch sa rodinní lekári napr. aktívne starajú o hospitalizovaných pacientov, inde rodinní lekári obmedzujú svoje aktivity na prostredie komunity a/alebo ambulantnú starostlivosť o pacientov. Ak potrebujú nemocničnú starostlivosť odosielať ich k príslušným špecialistom. Zhoda o charaktere rodinného lekárstva a špecifických povinnostiach rodinného lekára viazaných na určitý región zabezpečuje školiteľom a školencom spoločné chápanie cieľov vzdelávacieho programu.

Po vymedzení širších cieľov vzdelávania sa popíšu špecifické vzdelávacie ciele a očakávané kompetencie. Na základe zhromaždených informácií o prevalentných stavoch a problémoch z epidemiologických údajov, nemocníc, kliník a od praktizujúcich všeobecných lekárov a špecialistov sa vzdelávacie osnovy upravujú tak, aby zodpovedali miestnym potrebám. Súpis detailných vzdelávacích cieľov sa môže použiť na popísanie očakávaných kompetencií rodinných lekárov s cieľom rozpoznať, riešiť alebo odporučiť špecialistom širokú škálu problémov u pacientov. Takto adaptované ciele usmerňujú študijné aktivity. Mnohí rodinní lekári napr. poskytujú prenatálnu starostlivosť, rozoznávajú a odošlú na príslušné miesta pacientky s vysokorizikovým pôrodnickým problémom, mnohí rodinní lekári vedú rutinné pôrody a niektorí rodinní lekári, najmä ak pracujú v oblastiach, kde nie sú k dispozícii pôrodníci, vykonávajú aj pôrody cisárskym rezom. Pôrodnické školenie rodinných lekárov získané v nemocniciach a klinikách umožňuje školencom nadobudnúť potrebné kompetencie.

Školenci získajú požadované spôsobilosti prostredníctvom štruktúrovaného kurikula (vzdelávacích osnov). Napr. cieľ poskytovať komplexnú starostlivosť deťom zahŕňa nasledujúce kompetencie: poskytovať preventívnu starostlivosť, posúdiť vývin očakávaný v danom veku, riešiť a zvládať bežné problémy ako astma, hnačky, zápal pľúc. Tieto ciele sú viazané na vzdelávacie procesy, takže školenec sa zúčastňuje na starostlivosti o pacientov s týmito problémami a posudzuje sa podľa toho, či vie poskytnúť starostlivosť pacientom s takými problémami. Školenci sa môžu naučiť poskytovať preventívnu starostlivosť, poradenstvo a zvládať prevalentné detské choroby v školiacom stredisku rodinného lekárstva a zvládať akútne stavy a vážne ochorenia u detí v nemocničnom prostredí, ako aj v komunite.

Minimálne požiadavky napr. na prípravu rodinných lekárov v USA¹⁰⁹ sú v tabuľke 4.1. Výučba obsahuje 3 vzájomne previazané komponenty: (1) dlho-

dobé praktikum v centre rodinnej praxe predĺžené o rok školenia; (2) rotovanie v definovaných špeciálnych oblastiach v nemocnici a v ambulanciách; (3) prednášky, semináre, workshopy s konkrétnou obsahovou náplňou.

TABUĽKA 4.1 Požiadavky na vzdelávanie rodinných lekárov v USA¹⁰⁹

Obsah špecializačnej prípravy	Minimálne požiadavky
Základy rodinného lekárstva	Definovaný dlhodobý študijný plán spojený s ambulantnou klinickou starostlivosťou o skupinu pacientov počas celého študijného obdobia
Správanie človeka a duševné zdravie	Definovaný dlhodobý študijný plán
Medicína dospelých	8 mesiacov (vrátane min. 6 mesiacov starostlivosti o hospitalizovaných pacientov, kritická starostlivosť a škála medicínskych subšpecializácií)
Starostlivosť o matky	2 mesiace plus voliteľná možnosť (vrátane 40 pôrodov, z toho 10 z ich skupiny pacientov)
Gynekologická starostlivosť	1 mesiac
Chirurgická starostlivosť	2 mesiace (všeobecná chirurgia a subšpecializácie – urológia; ORL; oftalmológia)
Muskuloskeletálna a športová medicína	2 mesiace
Pohotovostná starostlivosť	2 mesiace
Starostlivosť o novorodencov, dojčatá, deti a dorast	4 mesiace (vrátane nemocničnej starostlivosti a starostlivosti o problémového novorodenca)
Komunitná medicína	Štruktúrovaný vzdelávací plán vrátane praxe
Starostlivosť o seniorov	Štruktúrovaný vzdelávací plán (vrátane praxe v nemocnici, LDCH, v pobytovom zariadení a dome pre seniorov a v praxi rodinného lekára)
Starostlivosť o kožu	Dostatočná dobrovoľná dĺžka stáže
Diagnostické zobrazovanie	Štruktúrovaný študijný plán
Semináre, konferencie	Definovaný dlhodobý študijný plán
Rezidentský výskum a vedecká činnosť	Povinná účasť
Manažment zdravotných systémov	1 mesiac kontinuálne alebo 100 hodín dlhodobu
Voliteľné	3 – 6 mesiacov
Dĺžka špecializačnej prípravy spolu	36 mesiacov

BOX 4.8 Nové kurikulum rodinného lekárstva v Rakúsku

V r. 2002 bolo v Rakúsku, na Univerzite v Grazi, zavedené nové kurikulum v rámci úsilia o zaradenie všeobecného a rodinného lekárstva do povinnej časti vzdelávania a praktickej prípravy budúcich lekárov. Kurikulum obsahuje 30 modulov za 5 rokov plus klinický šiesty ročník. Všeobecní a rodinní praktici sa priamo a aktívne zúčastňujú v mnohých oblastiach 6-ročného kurikula vrátane nasledujúcich:

- úvod do lekárskej profesie vrátane pozorovania lekárov pri práci v prvom ročníku;
- komunikačné zručnosti;
- moduly „Zdravie a spoločnosť“, „Mládež a dospievanie“ a „Duševné zdravie“ v treťom a štvrtom ročníku;
- voliteľný špeciálny modul „Všeobecná a rodinná prax“ v piatom ročníku;
- povinné 5-týždňové praktikum v šiestom ročníku na klinike všeobecného praktického lekárstva v kombinácii so seminárom.

Všeobecní a rodinní praktickí lekári sa ochotne zapojili do programu a nábor bol úspešnejší, ako sa očakávalo. Zapojenie všeobecných praktických a rodinných praktických lekárov do nového programu bolo vysoko hodnotené a otvorilo širšie možnosti ďalšieho rozvoja tohto odboru v Rakúsku.

Zdroj: Hellemann-Geschwinder I (osobná komunikácia)

Štruktúra vzdelávacích programov rodinného lekárstva v rôznych krajinách býva odlišná. Sú krajiny, kde sa čas vo výcvikovom centre rodinného lekárstva predlžuje vo vyšších ročníkoch; v určitých krajinách je v prvom roku štúdia jedno alebo dve sedenia (predpoludním a popoludní) za týždeň v školiacej jednotke pre rodinné lekárstvo a v treťom ročníku školenci väčšinu času trávajú v tomto zariadení. V tom čase školenec pracuje s tímom primárnej starostlivosti a poskytuje kontinuálnu starostlivosť konkrétnej skupine pacientov a rodín.

Zostávajúci čas štúdia môže vyplňať praktikum v nemocnici, rotovanie po vybraných špecializáciách, prax v oblasti komunitného zdravia, zlepšovanie kvality alebo výskumná činnosť, semináre a štúdium v menších skupinách. Rotovanie v nemocnici má zabezpečiť získanie praktických skúseností, ktoré zaručia, že rodinný lekár rozpozná a bude vedieť zvládnuť stavy relevantné pre jeho budúcu prax. Väčšina programov ponúka semináre, kde sa systematicky

preberá základné kurikulum prostredníctvom prezentácií, diskusií v menších skupinách a na sedeniach na budovanie zručností. Školenci v oblasti rodinného lekárstva sa učia aj zručnosti potrebné pre manažment, zlepšovanie kvality alebo zručnosti súvisiace s komunitným zdravím, pracujú v tímoch na zdravotných projektoch v centrách rodinnej praxe alebo v komunite.

Zriaďovanie akademických útvarov rodinného lekárstva

Zriadenie odboru, katedry alebo útvaru rodinného lekárstva je dôležitým potvrdením záväzku dotknutej inštitúcie v oblasti rodinného lekárstva. Katedry alebo iné útvary rodinného lekárstva môžu poskytnúť vedenie pri etablovaní disciplíny v akademickom prostredí a organizovať zdroje potrebné pre výučbu, starostlivosť o pacientov a výskumné programy. Zriadenie akademických útvarov rodinného lekárstva si vyžaduje spoluúčasť mnohých vedúcich osobností, ktoré chápu význam funkcií a úloh rodinného lekárstva. Tieto osoby môžu byť z vládnych inštitúcií, zástupcovia lekárskeho združenia, praktizujúci rodinní lekári v komunite, pracovníci lekárskeho fakultného nemocničného zariadenia, zástupcovia verejného zdravotníctva a členovia zo širšej komunity, ktorí si uvedomujú význam všeobecného praktického/rodinného lekárstva.

Koalície podporujúce rodinné lekárstvo upevňujú spoločné ciele ako napr. zlepšovanie výučby študentov a napĺňanie potrieb komunit. Tieto ciele môžu stanoviť pedagógovia na základe vyhlásenia univerzity o poslaní školy, kde zdôraznia aspekty, ktoré sú relevantné pre napĺňanie zdravotných potrieb komunity. Od začiatku je potrebné zaviesť dobrú komunikáciu s odborními ako interné lekárstvo a pediatria, kde sa predpokladajú spoločné záujmy a ochota spolupracovať na výučbe, klinických a výskumných projektoch. Možno bude treba vynaložiť cielené úsilie a zaškoliť školiteľov v subšpecializáciách o rodinnom lekárstve, čo bude pridanou hodnotou pre ich vlastnú prax a prínos pre systém zdravotnej starostlivosti. Lekári – špecialisti často podporujú a učia rodinných lekárov a mnohí si uvedomujú, že sami budú efektívnejší, ak budú spolupracovať s dobre pripravenými lekármi primárnej starostlivosti. Akademické medicínske strediská budú skôr podporovať rozvoj rodinného lekárstva ako akademického odboru, keď sa ten odbor vníma ako podstatný pre podporu fungovania tých ďalších.

Útvary rodinného lekárstva si vyžadujú ľudské aj materiálne zdroje, aby poskytovali kompletne spektrum vzdelávania v rodinnom lekárstve, klinických službách a výskumných programoch. Ľudské zdroje zahŕňajú fakultných leká-

rov a ďalších, ktorí majú kapacity na výučbu, dohľad nad školencami, zostavovanie kurikula a výskum. Títo členovia profesorského zboru môžu byť rodinní lekári so špecializovaným vzdelaním spoločne so subšpecialistami. Praktizujúci komunitní rodinní lekári môžu pôsobiť ako členovia profesorského zboru na plný alebo čiastočný úväzok alebo ako klinickí školitelia a tútori. Materiálne zdroje predstavujú centrá, kde sa integruje výučba s klinickými službami. V týchto centrách starostlivosť o pacientov zabezpečujú tímy, v ktorých sú školiaci všeobecní praktici, školenci v rodinnom lekárstve, študenti medicíny spolu so sestrami, sociálnymi pracovníkmi a ďalšími zdravotníkmi. Centrá na výučbu rodinného lekárstva, ktoré môžu byť v praxi komunitného lekára alebo v komunitných zdravotných strediskách, môžu slúžiť aj ako dôležité miesta pre výskum primárnej starostlivosti.

Útvary rodinného lekárstva si často vyžadujú finančnú podporu od vlády a inštitúcií. Keď sa taký útvar vytvorí, výnosy z klinickej činnosti, výskumné granty, nemocnice a vlády môžu byť dôležitým zdrojom financií pre podstatný podiel služieb. Tieto útvary obvykle začínajú s menším počtom pedagógov a ďalších pracovníkov. S nárastom vzdelávacích, klinických a výskumných programov a zdrojov môžu byť prijatí ďalší pracovníci. Komunitné alebo okresné nemocnice sú často významnými partnermi v rozvoji a podpore útvarov rodinného lekárstva. Lekári – pedagógovia a rezidenti, ktorí sa zaškoľujú, poskytujú týmto inštitúciám dôležité klinické služby. Partnerský prístup je vzájomne výhodný pre komunitu, nemocnicu a útvar.

Existujú krajiny s dobre etablovanými akademickými útvarmi rodinného lekárstva a sú cenené podobne ako akýkoľvek iný útvar v dotknutej akademickej inštitúcii. V iných krajinách, kde rodinné lekárstvo nie je plne uznané ako disciplína alebo špecializácia, môže vytvorenie akademického útvaru prispieť k posunu a k plnému uznaniu a rozvoju profesie. Iný prístup je potrebný v krajinách, kde si nemôžu dovoliť zriadiť akademický útvar pre nedostatok zdrojov a odborných kapacít alebo preto, lebo ešte nemajú politiku na podporu konceptu rodinného lekárstva ako špecializácie vyžadujúcej si postgraduálne vzdelanie.

Plánovanie akademického útvaru pre rodinné lekárstvo si obvykle vyžaduje tri nasledujúce kroky.

Po prvé, vytvoriť menší plánovací výbor, ktorý zváži, či je žiaduce a priechodné vytvoriť útvar, stanoviť ciele a hrubý plán rozvoja. Táto skupina môže získať podporu od širšej koalície so zástupcami vlády, univerzít, profesijných združení, organizácií zdravotných služieb a praktizujúcich lekárov. Títo členo-

via majú spravidla hlboké vedomosti a často pôsobia ako obhajcovia a podporovatelia, keď sa prijme rozhodnutie o vytvorení útvaru. Môžu byť nápomocní pri usmerňovaní začínajúceho útvaru prostredníctvom politických a ekonomických oponentúr počas rokov formovania.

Po druhé, získať možnosti konzultácií s osobami, ktoré poznajú problematiku. Konzultanti sa dajú získať (často z iných krajín) na základe minulej spolupráce napr. s členmi inštitúcií alebo plánovacieho výboru. Konzultanti s osobitnými znalosťami môžu byť sprostredkovaní pomocou WONCA a jej národných organizácií v iných krajinách, najmä tých, kde sú podobné ekonomické a sociálne podmienky, alebo tých, kde sa organizačná štruktúra rodinného lekárstva vníma ako osobitne vhodná.

Po tretie, vytvoriť pracovný plán diskusií. Plán môže zahŕňať prezentácie pre dotknuté organizácie a osoby a diskusie s nimi o finančných otázkach a požadovaných vzdelávacích materiáloch. Informovať občanov o prínosoch tejto iniciatívy pre spoločnosť a získať podporu médií a prominentných osôb v komunite.

Spolupráca môže mať rozličné formy.

- ▶ Členovia riadiaceho výboru môžu absolvovať študijné cesty do krajín, kde najlepšie zistia, akým spôsobom vytvoriť životaschopný útvar a čomu sa vyhnúť.
- ▶ Partnerstvá sa môžu vytvárať s ďalšími inštitúciami, ktoré už úspešne vytvorili útvar. Podľa potrieb a dostupných zdrojov môžu pedagógovia a ďalší stráviť kratšie alebo dlhšie obdobie v útvaroch v zahraničí. Niektorí lekári možno chcú absolvovať kompletný postgraduálny program v zahraničí predtým, ako začnú pôsobiť na novom útvare. Partnerské programy môžu na dlhšie alebo kratšie obdobie vyslať konzultantov na nové útvary.
- ▶ Medzinárodné usmernenie môže posilniť a podporiť vzdelávanie a výskumné projekty. Členstvo vo WONCA alebo podobných organizáciách, napr. Network: Towards Unity For Health, také úsilie podporia.

Boxy 4.9 a 4.10 uvádzajú spôsoby vytvorenia a posilnenia akademických útvarov rodinného lekárstva.

Budovanie vzťahov

Úspešné školiace programy v rodinnom lekárstve čerpajú z partnerstiev s nemocnicami a akademickými inštitúciami. Komunitné nemocnice môžu poskytnúť intenzívne praktické skúsenosti v nemocničnom prostredí, ktoré sú potreb-

**BOX 4.9 Ako vytvoriť akademický útvar rodinného lekárstva
Vytvoriť riadiaci výbor a zapojiť zainteresované strany
do týchto aktivít:**

- Byť gestorom, podporovať a propagovať vytvorenie útvaru;
- Vytýčiť krátkodobé a dlhodobé ciele a stratégie;
- Získavať finančné, ľudské a materiálne zdroje;
- Pestovať vzťahy s existujúcimi útvarmi a programami;
- Previazať plánovanie s procesmi reformy zdravotníctva, aby dobre pripravení všeobecní lekári prispievali k napĺňaniu miestnych, regionálnych a národných cieľov;
- Vzdelávať a školiť subšpecialistov, ktorí budú pomáhať pri výučbe;
- Spolupracovať s inými inštitúciami a programami.

né v rámci prípravy rodinných lekárov. Keď vedenie nemocnice chápe úlohu a hodnotu rodinných lekárov, často sú veľmi nápomocní.

Školitelia a školenci v rodinnom lekárstve môžu poskytovať dôležité nemocničné služby ako starostlivosť o hospitalizovaných dospelých a deti, viesť pôrody, slúžiť na pohotovosti. Na druhej strane nemocnice často poskytujú finančnú podporu zariadeniam, učiteľom, školencom. Dohodnuté zmluvy medzi týmito inštitúciami a školiacimi programami v rodinnom lekárstve vnášajú jasno do očakávaní a povinností.

Vzdelávacie inštitúcie v medicíne plnia podstatnú úlohu v príprave rodinných lekárov, poskytujú základy pre kontinuitu vzdelávania v rodinnom lekárstve.

Akademické útvary rodinného lekárstva môžu byť gestormi alebo sa môžu združovať so školiacimi programami pre špecialistov. Školy často umiestňujú študentov do centier na výučbu praxe rodinného lekárstva, aby tam získali skúsenosti a mohli poskytovať možnosti rozvoja aj pedagógom. Učitelia rodinného lekárstva zo škôl a špecializované školiace programy často spolupracujú v snahe poskytovať kompletne spektrum vzdelávania v rodinnom lekárstve.

Vzdelávacie programy v odbore rodinné lekárstvo môžu výrazne získať, keď sa združujú s regionálnymi, národnými alebo medzinárodnými programami. Fakulty si môžu vzájomne vymieňať a zdokonaľovať kurikulárne ciele, metódy výučby a hodnotenia. Informácie o zdrojoch/materiáloch alebo úspešných programoch vyvinuté na jednej inštitúcii sa môžu rýchlo rozšíriť aj do ďalších v rámci siete. Počítače a internet sú praktické nástroje na vzájomnú výmenu

BOX 4.10 Ako posilniť existujúci útvar rodinného lekárstva

Aktivity členov profesorského zboru na posilnenie katedry rodinného lekárstva:

- organizovať spoločné aktivity a semináre s inými útvarmi vo svojej inštitúcii, zamerať výskum na spoločné ciele, napr. na optimálne vzdelávanie a poskytovanie zdravotných služieb, efektívne odosielanie pacientov a ďalšie dôležité otázky primárnej starostlivosti;
- podporovať aktivity v oblasti rozvoja v rámci akademickej inštitúcie, napr. zlepšovanie kvality primárnej zdravotnej starostlivosti a zvyšovanie spravodlivosti a nákladovej efektívnosti;
- rozvíjať a uskutočňovať magisterské a doktorské programy v primárnej starostlivosti;
- plniť ústrednú úlohu pri stanovovaní postupov pre akreditačné školenie pre celú profesiu, a nie len pre odbor rodinného lekárstva;
- prispievať k činnosti miestnych organizácií rodinného lekárstva a ďalších lekárskeho organizácií;
- poskytovať možnosti kontinuálneho profesionálneho rozvoja pre praktizujúcich rodinných lekárov;
- podporovať zlepšovanie podmienok v záujme zdravých komún;
- pomáhať akademickým, verejným a súkromným inštitúciám konať zodpovedne voči spoločnosti pomocou pravidelného hodnotenia komunitných potrieb, rozvíjaním programov na naplnenie potrieb a hodnotením výsledkov programov;
- vzájomne sa deliť o poznatky a skúsenosti s ďalšími na národnej aj medzinárodnej úrovni;
- budovať vzťahy a hľadať možnosti pracovať na projektoch s miestnymi subjektmi, ktoré financujú zdravotnú starostlivosť vrátane vlády.

informácií o vzdelávacích osnovách a rozsahu špecializačnej prípravy (kurikulách), vzdelávacích metódach a nástrojoch na hodnotenie. Na internete je k dispozícii on-line množstvo kurikulárnych materiálov. Konzultanti z iných inštitúcií sú prizývaní k oponentúre navrhnutého programu a posúdeniu napredovania a podávaniu návrhov na zlepšenie. Spoluúčasť v regionálnych, národných a medzinárodných profesionálnych stretnutiach je vynikajúcou príležitosťou na nadväzovanie kontaktov, vytváranie siete a zdieľanie informácií o programoch.

Edukačný výskum a lekárske časopisy so zameraním na rodinné lekárstvo ponúkajú ďalšie možnosti na kontaktovanie a vytváranie sietí.

BOX 4.11 Rodinné lekárstvo v Dánsku

Zdravotný systém v Dánsku v poslednom desaťročí prechádza reformou. Súčasťou týchto reforiem je zvýšené úsilie podporujúce primárnu starostlivosť a všeobecné praktické lekárstvo vrátane výrazného zlepšenia špecializačného vzdelávania všeobecných praktických lekárov (VPL). Výsledkom tohto úsilia od r. 2003 je, že vzdelávanie VPL teraz trvá 5 rokov, podobne ako pre iné špecializácie v medicíne. Navyše, teraz sa kladie veľký dôraz na školenie školiteľov so zameraním na princípy rodinného lekárstva.

- Výrazne sa zvýšila prestíž.
- Nábor v mnohých oblastiach je teraz jednoduchší (v určitých oblastiach Dánska je oveľa ťažšie získať pozíciu školiteľa vo všeobecnej praxi ako v iných špecializáciách, napr. v chirurgii).
- Kvalitu školenia všeobecných praktických lekárov hodnotia veľmi vysoko nielen školitelia, ale aj učitelia iných špecializácií (priemerný rating iných špecializácií je cca 7 a vo VPL je 8,1 na stupnici od 1 do 9).

Zdroj: Maagaard R (osobná komunikácia s autormi)

Ľudské zdroje***Získavanie vodcov, učiteľov a pracovníkov***

Ľudské zdroje sú podstatným komponentom školiacich programov v rodinnom lekárstve. Patria k nim vedúce osobnosti v oblasti vzdelávania, učitelia, podporní pracovníci, pacienti a školenci. Vodcovia navrhujú víziu, rozvíjajú rámec, určujú potreby, zabezpečujú primerané zdroje, vymedzujú úlohy a povinnosti a merajú progres. Programový riaditeľ často pracuje s učiteľským zborom a ďalšími pracovníkmi na rozvíjaní plánov a na získavaní ďalších učiteľov.

Učitelia rodinného lekárstva môžu byť praktizujúci rodinní lekári, konzultanti zo subšpecializácií a/alebo z pridružených zdravotníckych profesií (konzultanti). Skúsení rodinní lekári môžu usmerňovať školencov v akademických vzdelávacích centrách alebo školenci môžu pracovať pod priamym dohľadom v ambulanciách lekárov pôsobiach v komunite.

Konzultanti v subšpecializáciách sú dôležitými učiteľmi rodinného lekárstva v nemocniciach a na klinikách a títo konzultanti sa radi zapoja do procesu výučby, keď chápú prínos dobre pripravených rodinných lekárov. Na plynulú fungo-

vanie školiacich programov treba pomocný personál. K vzdelávaniu rodinných lekárov môžu prispievať aj ďalší zdravotníci, napr. psychológovia, sociálni pracovníci, sestry, medicínski antropológovia, pedagogickí konzultanti a farmaceuti a zapájajú sa podľa potreby a v závislosti od zdrojov. Mnohí z týchto profesionálov pracujú aj ako členovia tímov primárnej starostlivosti.

Získavanie odborníkov pre výučbu rodinného lekárstva si možno bude vyžadovať vytrvalú osvetu na podporu konceptov a hodnôt rodinného lekárstva. V zdravotných systémoch bez tradície silnej primárnej starostlivosti možno bude potrebné zabezpečiť pre kľúčových vodcov a edukátorov štruktúrovanú skúsenosť vo výučbe a pri poskytovaní primárnej starostlivosti napr. vo forme študijnej cesty do zahraničia, kde je etablovaný systém výučby rodinného lekárstva a poskytovania dotknutých klinických služieb. Bez možnosti porovnania môže byť pre poskytovateľov služieb v subšpecializáciách dosť ťažké urobiť si obraz o vysokokvalitnej praxi v primárnej starostlivosti. Ponuka štruktúrovanej skúsenosti v kombinácii s podporujúcimi kolegami z regiónov s rozvinutejšou primárnou starostlivosťou môže byť silnou transformujúcou intervenciou.

Získavanie pacientov

Pacienti, rodiny a komunity sú tiež významnými učiteľmi školiacich sa rodinných lekárov. Ťažko sa realizuje na osobu orientované školenie bez účasti pacientov. Pacienti sa získavajú zvyčajne prostredníctvom ambulancií rodinných lekárov, ktorí sú zapojení do procesu výučby. Niekedy sa môže uplatniť kohorta konkrétnych pacientov, ktorí sú školení, aby vystupovali ako štandardní pacienti pri cvičeniach so simuláciami a hodnotením.

Keď pacienti a komunity chápu ciele duálneho vzdelávania a služby a chápu štruktúry a procesy vzdelávania školencov, sú ochotní zúčastniť sa na procese výučby. Jednotlivci aj komunity majú obvykle veľký záujem pomáhať v oblastiach, kde služby tradične nie sú postačujúce, a to v nádeji, že školenci by po skončení výcviku mohli zostať naďalej pôsobiť v ich oblasti ako noví lekári primárnej starostlivosti.

Získavanie školencov

Školenci v rodinnom lekárstve sú najčastejšie absolventi medicíny alebo lekári z praxe, ktorí pociťujú potrebu ďalšieho školenia alebo chcú zmeniť špeciali-

záciu. Zahrnutie rodinného lekárstva do kurikula univerzity je podstatným mechanizmom, ktorý medikom indikuje, že rodinné lekárstvo je životaschopné a žiaduce smerovanie kariéry. V rámci nových programov náborové výbory môžu zdôrazniť budúce prínosy a potenciálne možnosti spojené s postgraduálnym štúdiom rodinného lekárstva. V etablovaných programoch zanietení školení a úspešní absolventi môžu prispieť k získavaniu následných kohort školenecov. Zdravotné systémy so stimulmi na podporu a propagáciu doškolovania v primárnej starostlivosti môžu byť veľmi úspešné pri získavaní školenecov.

Zdokonaľovanie zručností učiteľov rodinného lekárstva

Popri vynikajúcich klinických zručnostiach mnohí efektívni učitelia rodinného lekárstva sú odborníci aj v pedagogike, riadení a výskume. Rodinní lekári – akademici môžu tieto zručnosti získať prostredníctvom postgraduálnych štipendijných programov na plný úväzok alebo prostredníctvom kratších, intenzívnych školení v lokálnej, národnej alebo medzinárodnej inštitúcii. Vytváranie sietí a spolupráca so skúsenými školiteľmi a kolegami sú ďalšie mechanizmy na zdokonaľovanie zručností nových členov profesorského zboru. Potreby obyvateľov, ako aj záujmy profesorského zboru a potreby programu sa zohľadňujú pri určovaní priorít pri zlepšovaní. Členovia profesorského zboru môžu získať osobitné pedagogické zručnosti prostredníctvom postgraduálnych štipendijných programov alebo doškolovacích programov pre učiteľov. K dispozícii je množstvo online zdrojov vrátane interaktívnych. Tieto programy kladú dôraz na základné vzdelávacie princípy ako napr. stanovenie cieľov a posúdenie potrieb školenca, stanovenie konkrétnych vzdelávacích cieľov, navrhovanie vhodných vzdelávacích metód a využívanie nástrojov na hodnotenie výsledkov. Vypracovanie a organizovanie kurikulárnych programov, prezentačných zručností, používanie audiovizuálnych pomôcok a písarských zručností môžu byť zahrnuté do programov rozvoja profesorského zboru. Niektoré programy sa zameriavajú na používanie konkrétnych vzdelávacích techník ako napr. efektívna práca v menších skupinách, učenie riešením úloh, využívanie metód výučby na základe dôkazov alebo komunitnej kazuistiky. Vzdelávacie programy s klinickým vzdelávaním sa zameriavajú na organizovanie vzdelávacieho prostredia s cieľom optimálneho učenia a starostlivosti o pacienta a vyžadujú si venovanie pozornosti potrebám pacienta a školenca. Klinické vzdelávacie stratégie zahŕňajú pravidelné pozorovanie a spätnú väzbu, krátke prezentácie a štruktúrované modelovanie.

BOX 4.12 EURACT: regionálna akadémia pre učiteľov všeobecného praktického a rodinného lekárstva v Európe

Európsky zväz učiteľov všeobecného lekárstva (EURACT) vznikol v r. 1992 po predchádzajúcich pokusoch združiť európskych lídrov vo vzdelávaní lekárov primárnej starostlivosti. EURACT má individuálnych členov a podporuje učiteľov všeobecného praktického/rodinného lekárstva. EURACT v r. 2005 zverejnil vzdelávaciu agendu pre všeobecné praktické/rodinné lekárstvo, ktorá zahŕňa potenciálne rámce kompetencií, ktoré vymedzujú ciele, vzdelávacie metódy a nástroje hodnotenia založené na nasledujúcich konsenzuálnych kategóriách kompetencií:

- riadenie primárnej starostlivosti;
- starostlivosť sústredená na osobu;
- špecifické zručnosti na riešenie problémov;
- komplexný prístup;
- orientácia na komunitu;
- holistický (celostný) prístup.

V r. 2010 zväz EURACT vypracoval rámec kontinuálneho profesionálneho rozvoja školiťelov všeobecného praktického/rodinného lekárstva, ktorý predstavuje základ pre vzdelávacie programy pre učiteľov na troch úrovniach (kompetentný, zručný, expert). Tento rámec vyústil do vzniku Európskej siete učiteľov všeobecného lekárstva a odborných rozvojových programov podporovaných inovatívnou internetovou platformou EURACT na stránke (www.euract.eu).

Najdôležitejší je rozvoj kádra školiťelov (všeobecných aj špecialistov), ktorí sú vyškolení a majú špecifické zručnosti v základných princípoch primárnej starostlivosti. Lekári s týmto smerom odborného vyškolenia sa stávajú jadrom profesorského zboru katedry (resp. iného útvaru) rodinného lekárstva a primárnymi klinickými školiťelmi školencov v ambulantnom prostredí. Subšpecialisti s týmto typom vyškolenia rozvíjajú zručnosti na adaptovanie kurikula a školiacich metód tak, aby lepšie zodpovedali potrebám poskytovateľa primárnej starostlivosti, so zapracovaním prvkov princípov primárnej starostlivosti do školiacich modulov svojej subšpecializácie pre výučbu školencov v rodinnom lekárstve.

Medzi poskytovaním klinickej starostlivosti, v ktorej centre je pacient, a klinickou výučbou, v ktorej centre je školenec, je určitý paralelný proces (*pozri*

tabuľku 4.2). Zatiaľ čo klinická prax sa začína zisťovaním potrieb u pacienta, klinický dohľad a usmerňovanie sa začína zisťovaním potrieb alebo otázok školenca. Po získaní informácií o povahe pacientovho problému alebo otázkach študenta, klinik pomáha pacientovi pochopiť diagnózu s liečbou a školiteľ pomáha školencovi vypracovať optimálny plán na poskytovanie optimálnej starostlivosti pre pacienta. Tieto sedenia, resp. semináre môžu byť doplnené krátkymi prezentáciami, ak školenec potrebuje informácie alebo štruktúrovaným modelovaním, aby školenec mohol pozorovať prácu svojho školiteľa ako klinika a postupne nadobúdať konkrétne zručnosti. Efektívni klinickí učitelia dokážu čo najviac využiť rýchly sled krátkych vzdelávacích interakcií na usmernenie rozvoja školenca. Ďalšie zručnosti profesorského zboru rodinného lekárstva – výskum, administratívne činnosti a vodcovstvo – sú podrobnejšie popísané v kapitole 3 a 5.

TABUĽKA 4.2 Paralelné procesy starostlivosti o pacienta a výučba v medicíne

	Na pacienta sústredená starostlivosť	Na školenca sústredené vzdelávanie
Kontext	Rodinné, kultúrne a socioekonomické faktory	Odkiaľ školenec prichádza a miera pripravenosti
Stanoviť agendu	Identifikovať dôvody návštevy	Zistiť potreby školenca
Získať informácie	Anamnéza a fyzické vyšetrenie	Pozorovanie školenca
Vyhodnotenie	Uviesť diagnózy Poučiť o probléme/problémoch	Dať spätnú väzbu
Plán	Navrhnuť riešenie Dohodnúť následné činnosti	Určiť stratégie na zlepšenie

Materiálne a finančné zabezpečenie

Zabezpečiť financovanie

Finančné zdroje by mali zabezpečiť mzdovú konkurencieschopnosť potrebnú na získanie kvalitných ľudí – riaditeľa edukačného programu, kvalifikovaných učiteľov, rezidentov a ďalších pracovníkov. Ďalej musia zabezpečiť prevádzku vzdelávacích zariadení, obstaranie potrebných materiálov a pomôcok. Finan-

čná podpora pre odborných konzultantov na čiastkový úväzok (všeobecných aj subšpecialistov) zabezpečuje ich aktívnu účasť na rozvoji a hodnotení kurikula. Prostriedky sa často získavajú prostredníctvom príjmov za vzdelávanie, starostlivosť o pacientov a nemocnicu alebo od vlády. Členovia profesorského zboru môžu dopĺňať svoje príjmy aj prostredníctvom priamej starostlivosti o pacientov.

Zdroje financovania školiacich programov v rodinnom lekárstve zahŕňajú:

- ▶ financie na vzdelávanie od vlády na centrálnej, štátnej alebo miestnej úrovni;
- ▶ granty od vládnych alebo súkromných nadácií;
- ▶ akademické inštitúcie;
- ▶ komunitné alebo verejné nemocnice;
- ▶ platby od pacientov;
- ▶ poisťné programy, poisťovne;
- ▶ organizácie na zachovanie zdravia.

Organizácia centier na výučbu rodinnej praxe

Pre školiace programy v rodinnom lekárstve je charakteristické, že väčšia časť vzdelávania sa uskutočňuje v ambulantnom prostredí, a nie vo vysoko špecializovaných nemocniciach. Školenci sú tak vystavení typom pacientov a kontextu, s ktorými sa budú stretávať vo svojej budúcej praxi. To sa dá dosiahnuť niekoľkými spôsobmi. Napr. v Spojenom kráľovstve a Austrálii príkladní komunitní rodinní lekári premieňajú svoje ambulancie na vzdelávacie praxe. Tento prístup sa dá uplatniť v každej krajine a nevyžaduje si väčšie kapitálové investície.

Ďalší prístup je využívanie komunitných zdravotných stredísk. Kahssay uvádza, že „Zdravotné strediská v každej forme a podobe prepájajú komunity a sektor zdravotníctva a rozvoja. Vo väčšine krajín sú najpočetnejšími a najrozšírenejšími štruktúrami na poskytovanie zdravotných služieb.“⁷⁵ Tieto zariadenia sú k dispozícii, sú orientované na potreby komunity a pôsobia v nich zdravotníci s podobným spôsobom myslenia, ktorí sa venujú poskytovaniu komplexnej starostlivosti obyvateľom, ktorým slúžia.

V Spojených štátoch a Kanade prevažuje systém špecifických vzdelávacích centier pre rodinné lekárstvo, kde sa formujú a školia školenci v oblasti rodinného lekárstva. Úsilie využívať komunitné zdravotné strediská ako miesta výučby sa v USA čoraz viac vzťahuje spolu s uznaním, že tieto strediská poskytujú vysokokvalitnú zdravotnú starostlivosť obyvateľom, ktorí nemajú dostatočnú

starostlivosť k dispozícii, majú synergický efekt a sú prínosom pre akademické inštitúcie a komunitné zdravotné strediská.⁷⁶

Vo všetkých kontextoch slúžia centrá pre výučbu rodinného lekárstva ako domov pre komunitu školenecov, učiteľov a členov zdravotníckych tímov, ktorí spoločne poskytujú kontinuálnu, komplexnú starostlivosť skupine pacientov.

Centrá výučby majú dvojaké poslanie – starostlivosť o pacienta a vzdelávanie. Školenci integrujú a aplikujú vedomosti a zručnosti získané v prostredí nemocnice a subšpecializácií, keďže pacientom poskytujú kontinuálnu starostlivosť a pracujú pod dohľadom skúsených rodinných lekárov. Dohľad môže byť vo forme priameho pozorovania alebo – ak to zdroje dovoľujú – pri použití jednosmerného zrkadla, video alebo audio nahrávky.

Zriadenie nemocničného, špecializovaného a komunitného miesta výučby

Rotovanie v nemocnici alebo po subšpecializáciách dáva školencom príležitosť rozvíjať zručnosti v starostlivosti o pacientov s vážnymi alebo zriedkavými ochoreniami a spoznať prirodzený proces určitých chronických ochorení, napr. konečné štádium zlyhania obličiek alebo rakoviny.

Prostredníctvom týchto rotácií si školenci v rodinnom lekárstve rozvíjajú zručnosti pre nemocničnú prax a oboznamujú sa so stavmi, resp. problémami, o ktoré sa starajú iní špecialisti. V rotáciách strávený čas a získané zručnosti sú určené miestnymi potrebami. Napríklad rodinní lekári, ktorí sa chystajú pôsobiť vo vzdialených lokalitách, potrebujú napr. získať chirurgické zručnosti na vyššej úrovni, aby vedeli vykonať pôrod cisárskym rezom a manažovať hospitalizovaných pacientov.

Tí, čo pôsobia v oblastiach s vysokou prevalenciou HIV/AIDS alebo tropických infekcií, budú potrebovať odborné znalosti na manažovanie týchto chorôb. V ambulanciách subšpecialistov rodinní lekári získavajú skúsenosti v technických postupoch a výkonoch, napr. pri zlomeninách s nasadzovaním sadrového obväzu alebo pri starostlivosti o pacientov so zlyhaním srdca.

Zdravotníci v komunite, verejné zdravotné zariadenia a iné komunitné programy tiež významne prispievajú k príprave rodinných lekárov. Tí, ktorí poznajú komunitné zdroje, uvedomujú si komunitné zdravotné riziká a vedia pracovať ako partneri so širokým spektrom komunitných zdravotne orientovaných skupín, vedú efektívnejšie pracovať so svojou miestnou komunitou. Zástupcovia verejného zdravotníctva môžu poskytovať epidemiologické informácie dôležité

pre starostlivosť o komunity. Školy, náboženské skupiny a občianske organizácie môžu poskytovať informácie a zdroje dôležité pre zdravie komunity. Návštevy v domácnostiach pomáhajú rodinným lekárom pochopiť spôsob života, podmienky a kultúrny kontext jednotlivých pacientov a ich rodín.

Sú komunity, kde rodinní lekári efektívne pracujú v tíme s asistentmi, sestrami, komunitnými zdravotnými pracovníkmi a ďalšími komunitnými poskytovateľmi zdravotných služieb. Navštevujúce sestry, komunitní zdravotní pracovníci a sociálni pracovníci poznajú miestne podmienky aj riziká a sú dôležitými spojencami pri poskytovaní koordinovanej starostlivosti. Vo vidieckom aj v mestskom prostredí môžu komunitní zdravotní pracovníci slúžiť ako efektívne spojovacie články medzi zdravotnými strediskami a komunitou.⁷⁷ Partner-ský prístup medzi školiacimi programami rodinného lekárstva a komunitnými úradmi, resp. inštitúciami zvyšuje pravdepodobnosť udržateľnosti.

4.4 PROGRAMY VÝUČBY RODINNÉHO LEKÁRSTVA

V tejto časti sa budeme venovať konkrétnym otázkam vzdelávania pred výkonom povolania a počas výkonu povolania. Keď sa budeme venovať školeniu počas výkonu povolania, uvedieme rozmanité programy, ktoré sú užitočné pri navrhovaní systému starostlivosti, ktorý sa zakladá na komplexnej primárnej starostlivosti, vrátane tradičného postgraduálneho školenia, doškoľovania praktizujúcich lekárov a kontinuálneho vzdelávania lekárov.

Medicínske vzdelanie pred výkonom povolania

Integrácia rodinného lekárstva do základného kurikula

Rodinní lekári ako komplexní všeobecní lekári môžu vo veľkej miere prispieť k výučbe umenia a vedy medicínskej praxe. Rodinné lekárstvo s dôrazom na zdravotnú starostlivosť orientovanú na pacienta a so základmi v komunite môže vniesť pridanú hodnotu do kurikula výučby medicíny tým, že poskytne solídne základy pre zručnosti všeobecného lekára a upozorní na zodpovednosť voči spoločnosti.

Ako sa starať o jednotlivcov, rodiny a komunity, sa dá najlepšie naučiť od skúsených rodinných lekárov, ktorí tieto princípy a zručnosti preukazujú vo

svojej dennej praxi. Rodinní lekári môžu slúžiť ako dôležití učitelia a modely, môžu preukazovať, ako sa dajú integrovať rôzne aspekty medicínskeho vzdelávania, keďže pacientom poskytujú dlhodobú komplexnú a na osobu zacielenú starostlivosť v kontexte pacienta, rodiny a komunity. Tieto koncepty sa najefektívnejšie prenášajú pri výučbe naprieč celým kurikulum štúdia medicíny.

Priority kurikula štúdia medicíny sú najrelevantnejšie, keď kladú dôraz na bremeno ochorenia a zdravotné potreby populácie, a nie na najmodernejšie technológie alebo špeciálne záujmy jednotlivých členov profesorského zboru. Tradičná výučba medicíny sa začína základmi vied, potom nasledujú klinické roky s rotáciami v nemocnici a ambulanciách. Najnovšie mnohé školy medicíny vynaložili úsilie, aby integrovali klinické a základné vedy, a sú školy, kde sa študenti stretávajú s komunitnými zdravotnými problémami už na začiatku štúdia medicíny a počas trvania celého štúdia.

V ostatných rokoch sa viaceré školy rozhodli zaviesť a rozvíjať dlhodobé integrované stáže s cieľom poskytnúť študentom kontinuálne skúsenosti a holistickejšie ponímanie poskytovania lekárskej starostlivosti.¹⁰² Školy medicíny by mali zvážiť ďalšie metódy, ktoré by preukázali zameranie na komunity a integráciu s národným zdravotným systémom cez vzdelávacie programy. Vzdelávacie programy v odbore rodinné lekárstvo pred výkonom povolania pre študentov medicíny, do ktorých sú zapojené regionálne siete kliník primárnej starostlivosti, komunitné zdravotné strediská, komunitné nemocnice a medicínske centrá terciárnej starostlivosti, môžu začať sprítomňovať dôležitosť kontinuity a koordinovanej starostlivosti s orientáciou na komunitu a v kontexte spoločenskej zodpovednosti.^{76, 78} Neskoršie programy pre školencov v rodinnom lekárstve počas výkonu povolania budú predstavovať výškolenie lekárov primárnej starostlivosti, ktorí budú plne kompetentní pracovať v týchto typoch robustných zdravotných systémov postavených na primárnej starostlivosti a udržiavať ich.

Študenti medicíny obvykle rozvíjajú svoje klinické zručnosti v manažmente prevalentných stavov prostredníctvom rotovania v rodinnom lekárstve na plný úväzok. Počas rotovania študenti prichádzajú do styku s pacientmi pod dohľadom skúsených rodinných lekárov a postupne preberajú čoraz väčšiu zodpovednosť za starostlivosť o pacienta. Pravidelné diskusie v menších skupinách pod vedením skúsených klinických školiteľov dávajú možnosť prediskutovať manažment klinických situácií do väčšej hĺbky. Štúdium materiálov a interaktívne cvičenia cez webové stránky môžu vhodne dopĺňať klinické aktivity a zabezpečiť, že všetci študenti budú exponovaní rovnakému súboru problémov.⁷⁹

Väčšia časť klinickej praxe rodinných lekárov je venovaná primárnej starostlivosti o jednotlivca s často sa opakujúcimi stavmi/problémami. Najlepší manažment pacientov s týmito akútnymi alebo chronickými stavmi, na základe súčasných dôkazov, by mal poslúžiť ako jadro kurikula programov rodinného lekárstva pre študentov medicíny počas ich klinických rokov. Kurikulum by malo byť organizované podľa stavov, ktoré majú najväčší vplyv na morbiditu a mortalitu v dotknutej populácii. Keď študenti medicíny manažujú pacientov s týmito stavmi, môžu uplatniť svoje zručnosti v komunikácii, prevencii a orientácii komunity. Prostredníctvom priameho pozorovania alebo kritického prehlľadania video alebo audio nahrávky práce školenca s pacientom môže skúsený klinik poskytnúť konkrétnu spätnú väzbu, a tak zlepšovať výsledky a výkony študenta.

V prostredí rodinného lekárstva zahŕňa manažment pacientov s akútnymi problémami vyhodnotenie a liečbu zranení, infekčných chorôb počiatkových prejavov infekčných chorôb. Študenti medicíny sa môžu naučiť ako optimálne manažovať pacientov s chronickými problémami ako napr. diabetes, hypertenzia, kardiovaskulárne a pľúcne ochorenia, náročnosť manažovania viacnásobných komorbidít a môžu získať skúsenosti pre vedecké triedenie, rozpoznanie a odoslanie pacientov, ktorí si vyžadujú hospitalizáciu alebo vyšetrenie u subšpecialistu. Integrovanie prevencie a riešenie v komunite rozšírených implikácií problémov jednotlivého pacienta sú špeciálne oblasti odbornosti rodinného lekára.

Popri hlavnom kurikule môžu rodinní lekári ponúknuť škálu voliteľných skúseností. Voliteľné oblasti študentom umožňujú naučiť sa viac v užšej oblasti záujmu. Mnohí rodinní lekári sa zapájajú do výskumu primárnej starostlivosti a študenti medicíny môžu prispieť k týmto výskumným programom. Rodinní lekári so špeciálnou oblasťou odbornosti sa môžu o svoje zručnosti podeliť so študentmi. Môžu to byť špeciálne zručnosti, napr. starostlivosť o vidiecke obyvateľstvo, dorast, ľudí so závislosťami, športovcov, väzňov alebo ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť ku koncu života.

Prostredníctvom voliteľných možností študenti možno zistia, že vedia zosúladiť špeciálne záujmy s kariérou v rodinnom lekárstve. Vzdelávacie programy, kde sa kombinujú služby esenciálnej starostlivosti o pacienta s možnosťami reflexie a diskusie, sú príležitosťou pre študentov a členov profesorského zboru podieľať sa spolu na rozvíjaní projektov, ktoré slúžia nenaplneným potrebám komunity. Keď študenti dobrovoľne navrhujú projekty a zúčastňujú sa na projektoch ako napr. klinika zdarma pre chudobných alebo komunitné programy

zdravotnej výchovy, často ich taká práca inšpiruje a často si nájdu spôsob, ako pokračovať v cennej službe pre komunitu aj počas kariéry.

Miera zapájania rodinných lekárov do kurikula pre štúdium medicíny závisí od angažovanosti pre vec a od dostupnosti členov profesorského zboru rodinného lekárstva. Školy, ktoré chcú klásť dôraz na primárnu starostlivosť, angažujú rodinných lekárov a ďalších profesionálov v primárnej starostlivosti a usilujú sa cez kurikulum využiť ich skúsenosti a odbornosť.

Posilnenie kurikula školy prostredníctvom rodinného lekárstva

Rodinní lekári môžu prispievať do kurikula v prostredí učební alebo v klinickom prostredí použitím rozmanitých vzdelávacích metód. V učebniach môžu rodinní lekári organizovať a vyučovať úvodné kurzy, ktoré zahŕňajú základné zručnosti v starostlivosti o pacienta ako napr. spísanie anamnézy, vykonanie cieleného a komplexného fyzikálneho vyšetrenia, klinické zdôvodnenie, diagnostikovanie a manažment, medicínska etika. Keďže rodinní lekári kladú dôraz na komplexnú starostlivosť, komunikačné zručnosti a dlhodobý vzťah lekár-pacient môžu učiť, ako riešiť problémy naprieč celým spektrom pacientov, od detí až po seniorov, a ako pristupovať k pacientom rôzneho etnického pôvodu.

Základné lekárske zručnosti sa často uvádzajú v učebni, ale prakticky sa nadobúdajú autentickou skúsenosťou v menších skupinách a následným posilnením zručností a ich aplikáciou v klinickom prostredí. Učenie sa upevňuje praxou, a preto školy teraz študentov pridelujú na prax k rodinným lekárom už od prvých týždňov prípravy na škole. Tieto rané skúsenosti môžu zahŕňať týždenné alebo mesačné praktiká, kde študenti pracujú s rodinnými lekármi pôsobiacimi v komunite. Tieto praktiká dávajú študentom možnosť pozorovať a reflektovať prácu lekára v akcii, precvičovať si nové vedomosti a zručnosti v klinických situáciách. V neskorších ročníkoch intenzívne rotovanie v rodinnom lekárstve na plný úväzok umožňuje študentom zlepšovať zručnosti a integrovať ich do komplexnej starostlivosti o pacienta a komunitu. Rodinní lekári poskytujú starostlivosť v domácnosti pacienta, na komunitných klinikách, univerzitných klinikách s ambulantnou starostlivosťou, na pohotovosti alebo v nemocnici a uplatňujú svoje zručnosti pri komplexnom posudzovaní stavu pacienta alebo (bežnejšie) pri návštevách v súvislosti s určitým problémom. Medzi základné nástroje rodinného lekárstva patria vycibrené komunikačné, vyšetrovacie a diagnostické zručnosti. Tieto zručnosti sa uplatňujú bez ohľadu na

miesto alebo povahu problému jednotlivého pacienta. Keď sa medici zúčastňujú na kontinuálnej starostlivosti a na koordinácii starostlivosti, sú svedkami rozvíjania vzťahu lekár-pacient a môžu pozorovať, ako sa vyvíjajú symptómy pacienta v priebehu ochorenia. Študenti sa učia, že komplexná zdravotná starostlivosť sa nedá zabezpečiť jedinou návštevou, ale efektívne sa rieši viacerými stretnutiami. Často je potrebná tímová práca a spolupráca s ďalšími zdravotníkmi, ktorú koordinuje rodinný lekár. Keď študenti pracujú spolu so skúsenými rodinnými lekármi a starajú sa o pacientov s novými, nediferencovanými problémami alebo s chronickými ochoreniami alebo s ochorením v konečnom štádiu, pestujú si tieto zručnosti všestranného lekára.

Rodinní lekári môžu prispievať k zostavovaniu základného kurikula v medicínskom vzdelávaní a učiť ktorúkoľvek z vyššie uvedených tém. Navyše, rodinní lekári môžu skvalitňovať kurikulum prostredníctvom stratégií uvedených v Boxe 4.13. Priority medzi týmito stratégiami sa určujú v závislosti od dostupnosti členov profesorského zboru a potrieb školy a komunit, ktorým budú slúžiť absolventi školy.

BOX 4.13 Ako skvalitňovať kurikulum

- Diskutovať o prínosoch rodinného lekárstva s vedúcimi osobnosťami školy;
- Zabezpečiť financovanie na podporu účasti rodinných lekárov v kurikule školy;
- Zapojiť rodinných lekárov do činnosti predmetových komisií, aby zhodnotili relevantnosť kurikula;
- Získavať a podporovať rodinných lekárov ako riaditeľov kurzov na úvod do klinickej medicíny a pre rotovanie v rodinnom lekárstve vyššieho stupňa;
- Popísať a stanoviť základné spôsobilosti (spôsobilosti) v primárnej starostlivosti pre všetkých študentov medicíny;
- Poskytnúť ambulantnú študijnú prax a zapojiť študentov do praxe u komunitných rodinných lekárov na začiatku a počas celého štúdia;
- Zaviesť požadované rotovanie v rodinnom lekárstve s rigoróznymi vzdelávacími cieľmi, výučbou a metódami hodnotenia;
- Navrhovať mimokurikulárne a voliteľné programy v rodinnom lekárstve ako napr. komunitné zdravie, výskum primárnej starostlivosti alebo zdravotná starostlivosť pre znevýhodnených členov komunity;
- Získať rodinných lekárov pre prácu v prijímacích komisiách na škole a pomoc pri výbere študentov so záujmom o primárnu zdravotnú starostlivosť.

Faktory ovplyvňujúce voľbu budúcej kariéry študentov medicíny

Pregraduálne vzdelávanie študentov medicíny je mimoriadne významné aj pre získanie a vyškolenie dostatočného počtu poskytovateľov primárnej starostlivosti pre zdravotný systém. Školy sú pre školencov prvým vstupným miestom do medicínskeho vzdelávania, a preto majú veľký vplyv na budúcu kariéru študentov. Školy môžu podporovať vnímanie primárnej starostlivosti ako rešpektovanej a životaschopnej kariérnej voľby, alebo naopak znižovať hodnotu rodinného lekárstva ako špecializácie v rodine medicínskych odborov a dôležitosť funkcie primárnej starostlivosti v rámci systému.

Rozhodovanie študentov o budúcej špecializácii je zložitý proces ovplyvnený viacerými faktormi. V procese pôsobia interné faktory ako osobnostné charakteristiky, záujmy, rod, vek, rodinné zázemie a externé faktory ako prostredie školy, získané teoretické vedomosti a klinické skúsenosti (napr. dobrý vzor v určitej osobnosti), vnímané a skutočné pracovné príležitosti, profesionálne naplnenie a potenciál zárobku.⁸⁰ Relatívny vplyv týchto faktorov sa medzi študentmi líši, ale vykonané štúdie ukázali, že voľba študenta a prostredie školy sú faktory, ktoré škola môže ovplyvniť v najväčšej miere.^{81, 82}

Proces prijímania hrá významnú úlohu pri výbere tých študentov, u ktorých je najväčší predpoklad kariéry všestranného lekára alebo špecialistu. Osobnostné charakteristiky a hodnoty študenta majú výrazný vplyv na následnú voľbu špecializácie a miesta výkonu povolania. Študenti, ktorí oceňujú dlhodobý vzťah s pacientmi a majú záujem o poskytovanie starostlivosti širokej škále pacientov s rôznymi problémami, budú skôr inklinovať ku kariére v primárnej starostlivosti.^{83, 84} Na mnohých školách sa zvýšil počet študentov, ktorí si zvolili kariéru v primárnej starostlivosti na základe zmeny politiky prijímania na štúdium.⁸⁵

Ako získať študentov pre kariéru v rodinnom lekárstve

Keď študenti vstupujú do interakcie s rodinnými lekármi v učebni alebo v klinickom prostredí a vnímajú rodinných lekárov ako cenných členov zdravotných tímov, je vyššia pravdepodobnosť, že budú uvažovať o kariére v rodinnom lekárstve.^{86, 87} Zanietení rodinní lekári, ktorí prejavujú ľudské hodnoty, poskytujú vysokokvalitnú starostlivosť a sú vynikajúcimi učiteľmi študentov, slúžia ako pozitívny model, ktorý študentov môže inšpirovať k nasledovaniu. Naopak, keď študenti nie sú vystavení rodinnému lekárstvu počas štúdia, nemusia mať

vedomosť o náplni a výzvach súvisiacich s praxou rodinného lekára a je menej pravdepodobné, že si rodinné lekárstvo zvolia za smer vo svojej kariére.

Študenti potrebujú vidieť zmysel a budúcnosť v rodinnom lekárstve ako kariéry, ktorá naplňa a je prínosom. Ak sa kariéra v primárnej starostlivosti vníma ako určitá izolácia vo vzdialenej lokalite bez možností rozvoja alebo kariérneho rastu a postupu v budúcnosti, je pravdepodobné, že mnohí kvalitní študenti nebudú považovať rodinné lekárstvo za atraktívnu voľbu. Vzniká tu aj hrozba, že študent bude vyslaný na prax v primárnej starostlivosti v prostredí s nedostatkom zdrojov a bez adekvátnej klinickej prípravy na výkon v takých podmienkach. Poskytovatelia, ktorí sa necítia pripravení a nemajú potrebné zručnosti na poskytovanie starostlivosti chorým, ktorí u nich hľadajú pomoc, keď ich premáha pocit bezmocnosti, v praktickom prostredí bez potrebných zdrojov, môžu rýchlo podľahnúť presvedčeniu, že si musia hľadať iné smerovanie kariéry.

V určitých krajinách vládna politika reguluje počet pozícií v špecializovanej príprave v odbore rodinné lekárstvo a v iných disciplínach pomocou finančných stimulov alebo legislatívy. Ak taká politika pri určovaní počtu potrebných pracovníkov a školencov vychádza zo solídnych informácií a záujmov poskytovateľov, stimuly môžu ovplyvniť študentov pri voľbe kariéry a miesta pôsobenia v budúcnosti, a to tak, aby to bolo v súlade s potrebou starostlivosti zo strany obyvateľov.⁸⁸ Stratégie na získavanie študentov pre kariéru v rodinnom lekárstve sú zhrnuté v Boxe 4.14.

BOX 4.14 Ako získať študentov pre rodinné lekárstvo

- Získavať a prijímať študentov so záujmom o primárnu starostlivosť a komunitnú službu;
- Zdôrazniť primárnu starostlivosť v povinnom kurikule;
- Študentom počas praktického výcviku ponúknuť model vzorných rodinných lekárov;
- S prípravou v rodinnom lekárstve ponúknuť aj možnosti špecializovaného alebo cieleného školenia;
- Poskytnúť stimuly na podporu voľby kariéry v rodinnom lekárstve;
- Ponúkať škálu možností kariéry v rodinnom lekárstve;
- Podporovať absolventov rodinného lekárstva konkurenčnosťou ich miezd.

Odborné doškoľovanie

V tejto časti sa budeme venovať trom typom odborného doškoľovania. Najprv uvedieme prehľad tradičného postgraduálneho špecializovaného štúdia známeho aj pod názvom rezidenčné vzdelávanie. Tento typ vzdelávania sa možno vníma aj ako rozšírenie vzdelávacieho spektra pred nástupom do praxe. Chceme sa mu venovať ako modelu, ktorý je založený na kontinuite, ktorý zabezpečuje komplexný mix poskytovaných klinických služieb a tradičného medicínskeho modelu postgraduálneho školenia v rodinnom lekárstve, ktorý kladie väčšiu priamu zodpovednosť za starostlivosť o pacienta do rúk školenca, než ako to je pri niektorých iných špecializáciách.

Ďalej sa budeme venovať otázke doškoľovania lekárov, ktorí už sú v praxi. Tento typ vzdelávania úzko súvisí s tradičným postgraduálnym špecializovaným štúdiom v rodinnom lekárstve vzhľadom na povahu vyššej úrovne klinickej zodpovednosti, čo je ďalším dôvodom na zaradenie tradičného postgraduálneho špecializovaného vzdelávania do kategórie doškoľovania.

Napokon sa budeme venovať otázke kontinuálneho medicínskeho vzdelávania (známeho aj ako kontinuálny profesionálny rozvoj) v rodinnom lekárstve, majúci na zreteli vedúcu úlohu rodinného lekárstva v mnohých krajinách pri podpore štruktúrovaného celoživotného mechanizmu kontinuálneho vzdelávania.

Tradičné postgraduálne špecializované vzdelávanie

Postgraduálne špecializované vzdelávanie sa považuje za základný komponent všetkých subšpecializovaných medicínskych disciplín v organizovaných akademických zdravotných systémoch na celom svete. Hoci absolventi medicíny získali kompetentnosť v najzákladnejších medicínskych poznatkoch a vo všeobecných klinických zručnostiach, chýba im však klinická kompetentnosť vykonávať samostatnú prax v akejkoľvek oblasti medicíny. Žiaden dobre rozvinutý zdravotný systém s dostatkom zdrojov by neuvažoval o tom, že by čerstvých absolventov medicíny nechal robiť zložité chirurgické zákroky alebo poskytovať samostatnú konzultačnú starostlivosť v rámci subšpecializácie.

Mnohé zdravotné systémy vo svete však stále nasadzujú nediferencovaných čerstvých absolventov štúdia medicíny na jednu z najzložitejších medicínskych činností: klinickú starostlivosť prvého kontaktu pre nediferencovaných pacien-

BOX 4.15 Obrodenie vzdelávania v rodinnom lekárstve v Kanade

V r. 2007 Kolégium rodinných lekárov Kanady zriadilo pracovnú skupinu na zrevidovanie vzdelávacích osnov (kurikula) pre postgraduálne školenie. V Kanade je 17 rezidenčných programov, každý na univerzitnej lekárskej fakulte. Podmienky na každej sú odlišné, ale spoločné akreditačné štandardy a požiadavky na absolventov a ich spôsobilosť pre prax kdekoľvek v Kanade zabezpečili jednotnosť v príprave na výkon povolania.

Dôvody obrodu

- Väčší dôraz na spoločenskú zodpovednosť a potrebu pripravovať rodinných lekárov, ktorí budú naplňovať potreby komunity;
- Vzmáhajúce sa smerovanie školenia do vidieckeho a komunitného prostredia, ďalej od akademických centier;
- Nový pokrok a dôkazy v medicínskom vzdelávaní.

Opatrenia

- Pracovná skupina na revidovanie kurikula vypracovala rámec spôsobilostí (CanMEDS-Family Medicine) a odporúčala zmenu kurikula tak, aby bolo postavené na kompetenciách a bolo komplexné, zamerané na kontinuitu vzdelávania a starostlivosti o pacienta a rodinné lekárstvo aby bolo v jeho centre. V rámci procesu sa po dobu 5-6 rokov konzultovalo so správcami, vedúcimi osobnosťami a inštitúciami v oblasti vzdelávania a so školencami, robili sa rešerše literatúry a skúmali sa kurikulá v iných krajinách.
- Pracovná skupina pre proces certifikácie vypracovala doplňujúce hodnotiace nástroje.
- Realizačná pracovná skupina zaviedla nové kurikulum. Konali sa konzultácie s financujúcimi subjektmi, vedením univerzít, regulačnými autoritami a pravidelné stretnutia s touto skupinou.
- Iniciatívy na prípravu učiteľov sa realizovali na úrovni jednotlivých programov aj na celonárodnej úrovni.
- Vypracovali sa nové akreditačné štandardy na podporu zmien v kurikule.

tov s komplikovanými kombináciami medicínskych a sociálnych problémov, pri málokom dohľade a s minimálnou podporou od medicínskeho prostredia, kde majú pôsobiť. Dôsledok je, že pacienti v takých krajinách často rozpoznávajú nízku kvalitu služieb poskytovaných na ich miestnej komunitnej ambulancii.

A tak možno radšej idú za tradičným liečiteľom, obchádzajú miestnu ambulanciu a hľadajú pomoc v nemocnici alebo u subšpecialistu, alebo jednoducho tak dlho vyčkávajú, až sa symptómy výrazne zhoršia. Žiaľ, nie každý akademický zdravotný systém uznáva stupeň náročnosti poskytovania vysokokvalitných služieb v primárnej starostlivosti. Tak ako aj v iných špecializáciách, skutočná spôsobilosť v poskytovaní klinických služieb vo vysokokvalitnej primárnej starostlivosti si vyžaduje viac času a výcviku na získanie zručností ako jednoduché absolvovanie štúdia na lekárskej fakulte.

Postgraduálne špecializačné školenie v rodinnom lekárstve je zostavené konkrétne s cieľom pomôcť poskytovateľom dosiahnuť stupeň spôsobilosti vo viacerých odborných zručnostiach potrebných na vykonávanie adekvátnej primárnej starostlivosti v rámci národného zdravotného systému. Postgraduálne vzdelávanie v rodinnom lekárstve zamerané na tieto odborné zručnosti je štruktúrované v zmysle základných princípov primárnej starostlivosti do stupňa a úrovne odbornosti, ktorá sa nedá dosiahnuť absolvovaním pregraduálneho kurikula. Mnohé stratégie a metódy viazané na vyšší stupeň vzdelávania v týchto špecifických princípoch primárnej starostlivosti a rodinného lekárstva už boli uvedené v tejto kapitole.

Jedna zo základných metód klinickej výučby rodinného lekárstva a primárnej starostlivosti si však vyžaduje ďalšie vysvetlenie. Na rozdiel od iných disciplín, v mnohých systémoch na celom svete vysoké percento postgraduálneho vzdelávania v rodinnom lekárstve sa vykonáva v prostredí ambulancie alebo na klinike pre ambulantných pacientov. Mnohé zdravotné systémy nemajú tradíciu medicínskeho vzdelávania v prostredí ambulancií a mnohí školitelia si môžu klásť otázku, ako aplikovať svoje zručnosti v medicínskom vzdelávaní v ambulantnom prostredí.

Vzdelávanie v odbore rodinné lekárstvo postavené na ambulantných pacientoch čerpá z viacerých faktorov. Najdôležitejšie je, že sa replikuje kontext výkonu činnosti a prostredie praxe budúceho rodinného lekára. Odborné vzdelávanie v tomto prostredí sa veľmi pravdepodobne bude dať aplikovať a bude relevantné pre školenca, ktorý chce špecializované školenie v rodinnom lekárstve. Vzdelávanie s ambulantnými pacientmi má výhodu väčšieho počtu pacientov ako v nemocničnom prostredí. Keď sa skombinuje s praxou, kde sa poskytuje kontinuálna starostlivosť, školenec má mnoho príležitostí manažovať a riešiť konkrétne medicínske problémy v priebehu času. Výučba pri ambulantných pacientoch v prostredí prvého kontaktu školenca vo väčšej miere exponuje prípadom

nediferencovaných pacientov, ako aj rozmanitým ochoreniam a komorbiditám vyskytujúcim sa v primárnej starostlivosti, čo je pre školenca ideálne prostredie na budovanie komplexného súboru klinických zručností. Taká výučba tiež umožňuje zažiť kontakt s viacerými členmi rodiny a pacientmi v rámci jednej komunity.

V mnohých z týchto vzdelávacích programov v rodinnom lekárstve v ambulantnom prostredí je školencovi pridelená skupina pacientov, o ktorých sa má starať, tak ako to bude v budúcnosti pri výkone povolania rodinného lekára v komunite. Dlhodobá kontinuita vzťahu s touto populáciou (pacientov) je zredukovaná vzhľadom na vymedzené trvanie postgraduálneho školiaceho programu, ale predsa verne simuluje charakter budúcej praxe. Od školencov sa často očakáva, že prevezmú povinnosti v rámci celkovej zdravotnej starostlivosti o pridelenú skupinu pacientov a naučia sa všetky aspekty koordinácie starostlivosti a prevencie ochorení.

Školencom môžu byť pridelené aktivity, ktoré im pomôžu vytvoriť väzby s ich skupinou pacientov a s ich komunitou prostredníctvom účelových, na komunitu orientovaných projektov primárnej starostlivosti. Na plné využitie možnosti tohto edukačného prostredia je dôležité, aby mali školenci dostatok klinického času na nácvik v rámci kliniky s ambulantnými pacientmi. Tento rozšírený rozsah času venovaného ambulantným pacientom v klinických podmienkach by mal začať hneď, aby sa čo najskôr mohla uplatňovať kontinuita a rozvíjať vzťah pacient – lekár.

Klinické vzdelávacie techniky v ambulantnom prostredí sa môžu do určitej miery odlišovať od tých, čo sa uplatňujú v starostlivosti o hospitalizovaných pacientov. Vzhľadom na limitovaný čas kontaktu s jednotlivými pacientmi v ambulantnom kontexte a rýchle striedanie pacientov pri návštevách boli navrhnuté špeciálne techniky na podporu efektívnej klinickej výučby v ambulantnom prostredí. V rámci pregraduálneho vzdelávania v klinickej ambulantnej výučbe prevažuje technika „tieňa“, ale táto technika postgraduálnemu školencovi poskytuje limitované možnosti fakticky si cvičiť zručnosti a preukazovať spôsobilosť. V postgraduálnom vzdelávaní v rodinnom lekárstve zameranom na ambulantných pacientov najbežnejšia a široko uplatňovaná vzdelávacia štruktúra je model postavený na preceptoroch. Pri tomto modeli klinický školiť (preceptor), obvykle skúsený poskytovateľ služieb rodinného lekárstva a učiteľ, dohliada na skupiny školencov počas praktického výcviku na klinike a sleduje, ako poskytujú služby klinickej primárnej starostlivosti im pridelené skupine

pacientov. Školenci samostatne prezentujú prípady svojich pacientov lekárovi – školiteľovi, ktorý vyhodnotí ich prácu a usmerní ich. Školiteľ môže sám vyšetriť pacienta a overiť nález a plán liečby, ktorý zostavil školenec, alebo môžu spolu len prediskutovať prípad a školiteľ dovolí školencovi samostatne ukončiť návštevu pacienta na základe zistenia, že školenec je kompetentný doriešiť dotknutý prípad.

Rodinný lekár – školiteľ má argumenty na také závery. Po prvé, rodinný lekár buduje kontinuálne dlhodobé vzťahy s pacientmi a buduje aj vzťah kontinuálnej výučby so školencami. Obvykle pôsobia ako školitelia jedného školenca viackrát v tom istom klinickom prostredí a postupom času vyzorujú u školenca špeciálne spôsobilosti pri riešení špecifických aspektov konkrétnych prípadov. Také celkové hodnotenie postupom času umožňuje školiteľovi v rodinnom lekárstve komplexnejšie pochopiť silné a slabé stránky školencov, ich zručnosti, ktoré sa môžu uplatniť v rozličných prípadoch.

Navyše, klinická vzdelávacia technika známa ako technika klinických „mikrozručností“, niekedy spomínaná ako „1-minútový preceptor“, bola vyvinutá špeciálne pre ambulantnú výučbu.⁸⁹ Jednominútový preceptor môže byť do určitej miery nesprávny názov, keďže je ťažké náležite zhodnotiť školenca a ponúknuť relevantné poučenie v priebehu jednej minúty, ale svedčí o časovo obmedzenej povahe techniky klinickej výučby a jej ideálnej aplikácii na klinický kontext.

Táto technika klinických mikrozručností sa zameriava na tri vzdelávacie úlohy učiteľa rodinného lekárstva, pri zachovaní kvality starostlivosti o pacienta ako základného predpokladu pri každom zaobchádzaní s pacientom. Klinický školiteľ najprv dovolí školencovi prezentovať prípad a použije špecifické mikrozručnosti na diagnostikovanie medicínskeho problému pacienta, ako aj na zhodnotenie toho, ako školenec zdôvodnil diagnózu a aký bol jeho klinický prístup. Potom školiteľ – rodinný lekár ponúkne cieľenú výučbu zodpovedajúcu potrebám školenca vo svetle hodnotenia jeho zdôvodnenia a klinického prístupu. Nakoniec školiteľ v rodinnom lekárstve poskytne školencovi jasnú a konkrétnu spätnú väzbu, aby kompetentné správanie uplatňoval aj ďalej a vyhol sa prípadným klinickým chybám alebo zmenil svoj postup.

Mikrozručnosti sú časovo nenáročné a obsiahnu širokú škálu klinických zručností, ktoré školenec môže získať počas stoviek, potenciálne tisícov, absolvovaných stretnutí pacientov a učiteľov. Ďalšie efektívne vzdelávacie rámce vychádzajú z mnemoniky, napr. SNAPPS a RIME.^{90–92} Kombináciou nemocnič-

ných vzdelávacích programov s hospitalizovanými pacientmi a s podporou subšpecializácie a interného školiťa dávajú takto vedené programy ambulantnej klinickej starostlivosti, škála projektových aktivít a didaktických prístupov školení v rodinnom lekárstve možnosť osvojiť si kompletný rozsah klinických zručností a získať solídne základy a ukotvenie v princípoch primárnej starostlivosti.

Doškoľovanie praktizujúcich lekárov

V krajinách, kde rodinné lekárstvo ešte nie je etablované, doškoľovanie, resp. preškoľovanie praktizujúcich lekárov na rodinných lekárov môže zlepšiť zdravotnú starostlivosť a podporiť rozvoj špecializácie. Zavedenie nových vzdelávacích programov a získanie solídneho počtu absolventov trvá niekoľko rokov. Doškoľovanie je vynikajúca možnosť počas prechodného obdobia, kým sa etabluje rodinné lekárstvo, ale necertifikované školenie nie je náhradou za plnohodnotné špecializované vzdelávanie v odbore rodinné lekárstvo (*pozri* Box 4.16).

Prostredníctvom doškoľovacích programov všeobecní lekári môžu nadobudnúť vedomosti, postoje a zručnosti potrebné pre komplexnú rodinnú prax rýchlejšie ako prostredníctvom programov špecializačného štúdia vo forme interného denného štúdia. Všeobecní lekári, ktorí neabsolvovali celé špecializované programy, často pociťujú nedostatok základných kompetencií pri poskytovaní primárnej starostlivosti a cítia potrebu nadobudnúť ďalšie zručnosti. K ďalšiemu vzdelávaniu a doškoľovaniu ich môže motivovať potreba a možnosť zdokonaľiť si zručnosti potrebné na poskytovanie vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti, vstup do novo rozvíjajúcej sa špecializácie, možnosti budovania kariéry a lepšie finančné ohodnotenie. Rodinní lekári, ktorí absolvovali doškoľovací program, by počas prechodného obdobia mali mať rovnaké možnosti certifikácie a kariérneho postupu ako rodinní lekári vstupujúci do programu, ktorí absolvovali špecializované štúdium rodinného lekárstva priamo na univerzite.

Títo praktizujúci lekári, ktorí vstupujú do doškoľovacieho programu s významnou praxou, sa často stávajú vodcami a učiteľmi ďalších generácií rodinných lekárov.

Úspešné doškoľovacie programy sa rozvíjajú v krajinách s rozličnými podmienkami, ako sú napr. Bulharsko, Chorvátsko, Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Izrael, Kirgizsko, Laos, Lotyšsko, Litva, Poľsko, Portugalsko, Kórea,

BOX 4.16 Dva prípady doškoľovania v rodinnom lekárstve v JV Ázii

Vietnam aj Laos zaviedli formálne postgraduálne programy v rodinnom lekárstve s cieľom posilniť primárnu starostlivosť a obidve krajiny zahrnuli doškoľovanie lekárov ako dôležitú súčasť stratégie. V obidvoch krajinách sa zhodli na tom, že typický lekár v praxi na úrovni prvého kontaktu nemá spôsobilosti a zručnosti potrebné na plnenie svojej úlohy, a preto na uskutočnenie zmysluplnej celosystémovej zmeny bude potrebné týchto lekárov doškoliť.

Vo Vietnamskej socialistickej republike sa postgraduálne vzdelávanie v rodinnom lekárstve v poslednom desaťročí zameriavalo na preškolenie lekárov v rámci 2-ročného formálneho certifikačného programu v rodinnom lekárstve, ktoré bolo určené predovšetkým lekárom poskytujúcim starostlivosť v obecných zdravotných strediskách – komunitných zariadeniach s ambulantnou starostlivosťou vo verejnom sektore. Väčšina univerzít ponúka miestny program tohto typu a v nedávnych rokoch navrhli model, kde univerzity vysielajú členov profesorského zboru do vzdialenejších okresov, kde poskytujú didaktické školenie spojené s praktickými zručnosťami pod dohľadom miestnych nemocničných lekárov. Tento model praktizujúcim lekárom umožňuje počas školenia naďalej sa starať o svojich pacientov v obci, zvyšuje ich vedomosti a dôveru, zdokonaľuje ich zručnosti v základných princípoch primárnej starostlivosti. Plán ďalej šíriť zavádzať v krajine program rodinného lekárstva ukazuje, že sú nevyhnutné ďalšie doškoľovacie programy. Uvažuje sa o možnosti zahrnúť základné moduly kurikula prostredníctvom formátu kontinuálneho vzdelávania a ponúkať krátke kurzy pre subspecialistov so súkromnou praxou, ktorí už poskytujú služby primárnej starostlivosti.

Rumunsko, Ruská federácia, Srí Lanka, Turecko a Vietnam. Obvykle tieto programy ponúkajú katedry alebo iné útvary rodinného lekárstva a často so zameraním na konkrétne ciele súvisiace s praxou. Potreby v oblasti vzdelania závisia od toho, aké medicínske vzdelanie a prax majú školenci. Napríklad podmienky na prijatie do programu môžu zahŕňať určitý minimálny počet rokov praxe. V r. 1995 bol na WHO zasadnutí expertnej siete pre rozvoj rodinnej praxe v regióne Európy prijatý záver, že doškoľovanie je možné aj vhodné, ale zdôrazňuje sa v ňom, aké dôležité je mať dobre navrhnuté, dosiahnuteľné vzdelávacie ciele, výsledné ukazovatele a zmeny v zdravotnom systéme, aby doškolení rodinní

Laoská ľudovodemokratická republika už roky uskutočňuje program kontinuálneho rozvoja v rodinnom lekárstve pre čerstvých absolventov medicíny a nedávno zaviedla model doškoľovania pre praktizujúcich lekárov. V Laoskom modeli lekári zo vzdialených okresov cestujú do regionálneho školiaceho stredu, kde 3 mesiace študujú didaktickú problematiku a školia sa v praktických zručnostiach, a potom ďalšie 3 mesiace pracujú vo svojej okresnej nemocnici a zároveň v rámci dištančného vzdelávania pracujú na úlohách zameraných na zručnosti ako manažment rodinného lekárstva a komunitne orientovaná primárna starostlivosť. Program trvá 3 roky a poskytuje získanie oficiálneho titulu magistra v rodinnom lekárstve.

Laos má oveľa menej zdrojov ako Vietnam, veľmi málo lekárov pracuje na klinikách pre ambulantných pacientov, a preto sa vzdelávacie programy zameriavajú skôr na lekárov poskytujúcich starostlivosť prvého kontaktu ako jedných z mála lekárov vo vidieckych nemocniciach, ako na tých, čo pôsobia v tradičnejšom ambulantnom kontexte. Kurikulum však zostáva zamerané na základné princípy primárnej starostlivosti, i keď s dôrazom na miestne potreby. Absolventi týchto programov uvádzajú, že získali širšie medicínske vedomosti, zdokonalili si zručnosti a majú väčšiu istotu pri poskytovaní starostlivosti, čo vedie k menšiemu počtu pacientov odosielaných do veľmi vzdialených miest za starostlivosťou vyššieho stupňa. Absolventi preukazujú aj podstatne lepšie technické zručnosti pri analyzovaní a prezentovaní dát o komunite, ako aj pri poskytovaní tímových vzdelávacích programov pre miestny stredný zdravotnícky personál, a tak šíria dôležité znalosti, ktoré nadobudli počas vlastného štúdia.

lekári našli uplatnenie.⁹³ Sú krajiny, kde sa na rodinných lekárov preškoľujú aj praktickí špecialisti ako pediatri a internisti.

Flexibilné doškoľovacie programy popri zamestnaní sú pre lekárov v praxi výhodnejšie. Mnohé programy lekárom umožňujú naďalej pracovať v ich bežnej praxi a poskytujú víkendové, večerné, popoludňajšie alebo blokové rotácie po dobu niekoľkých mesiacov alebo rokov. V mnohých programoch sa aktuálna prax lekára uplatňuje ako zdroj poznatkov a ako miesto, kde sa aplikujú nové zručnosti. Stratégie na riešenie problémov v oblasti doškoľovania sú uvedené v tabuľke 4.3.

TABULKA 4.3 Doškolovalenie rodinných lekárov

Problémy	Stratégie
Nejasnosti/nezhody ohľadom požadovaných kompetencií	Určiť požiadavky na výkon praxe spolu s miestnymi zainteresovanými stranami a zmapovať existujúce zdroje
Absencia jadrového kurikula	Zostaviť jadrové kurikulum podľa miestnych potrieb
Obmedzená motivácia	Zabezpečiť stimuly
Limitované chápanie špecializácie a cieľov doškolovalania	Vzdelávať o identite, zručnostiach a potrebe dobre pripravených rodinných lekárov
Absencia kariérnych možností, stimulov a odmeňovania	Zabezpečiť kariérne príležitosti a odmeňovanie
Zaneprázdnení praktici majú málo času na doškolovalenie	Navrhnuť flexibilné možnosti školenia, samostatné štúdium a učenie sa s využitím elektronických médií
Je ťažké meniť staré zvyky	Dokumentovať prax prostredníctvom nástrojov na vlastné zhodnotenie (prieskum) kvality
Zručnosti sa musia meniť v závislosti od praxe a vzdelania školenca	Vykonať dôkladné posúdenie potrieb a podľa výsledkov navrhnúť programy

Ďalší profesionálny rozvoj a medicínske vzdelávanie

Kontinuálne medicínske vzdelávanie (CME/KMV) slúži na zdokonaľovanie zručností rodinných lekárov počas profesionálneho pôsobenia. Oblasť rodinného lekárstva je tradične priekopníkom v KMV a vníma ťažkosti, ale aj dôležitosť pestovania spôsobilostí v širokej škále klinických zručností. Je veľa možností, ako zabezpečiť kontinuálne vzdelávanie – napr. pravidelné konferencie, samostatné štúdium časopisov alebo písomných materiálov, využívanie audio a video materiálov, interaktívne programy cez počítač, skupinové semináre a praktické workshopy. Podobne ako ďalšie školiace programy, aj KMV ponúka čoraz viac elektronických materiálov a vzdelávacích programov. Efektívne kontinuálne vzdelávanie reaguje na potreby lekárov s vopred stanovenými cieľmi zameranými na získanie želaných klinických spôsobilostí a predpokladá u školencov určitú dosiahnutú úroveň klinických spôsobilostí v ich klinickej špecializácii.^{94, 95}

Praktizujúci lekári bez formálneho postgraduálneho vzdelania a výškolenia budú potrebovať robustnejší a časovo náročnejší klinický vzdelávací program ako to, čo môžu poskytnúť obvyklé modely KMV.⁹⁶

Existuje hnutie usilujúce sa o kritické posúdenie rôznych dimenzií medicínskeho vzdelávania, ako sú kvalita, relevantnosť (primeranosť k potrebám) a použiteľnosť, s cieľom uplatňovať, pokiaľ je to možné, čo najlepšie medicínske vzdelávanie založené na dôkazoch.^{97–99} To je pre KMV chválitebný a potrebný cieľ, ale tiež je potrebné uznať, že môže absentovať základňa dôkazov pre určité špecifické regionálne a kultúrne podmienky so širokou škálou problémov, komplikovaných komorbidít a sociálnych a spoločenských vplyvov v primárnej starostlivosti. Aplikácia školiacich programov založených na dôkazoch by mala postupovať s určitou obozretnosťou, aby sa nepropagovali neužitočné, resp. – ešte horšie – pre určité prostredie škodlivé medicínske praktiky. Pokračujúci proces sebahodnotenia a účasť na kontinuálnom vzdelávaní môže lekárom pomôcť udržiavať vysokú úroveň kvality a prax zodpovedajúcu aktuálnym možnostiam. Sú odborné združenia, ktoré (majúc na zreteli dôležitosť tohto procesu) vyžadujú, aby rodinní lekári absolvovali určený počet hodín kontinuálneho vzdelávania ročne, a tak si uchovali certifikáciu v špecializácii. Iné zdravotné systémy vyžadujú určitý objem KMV potrebný na zachovanie medicínskeho oprávnenia na výkon praxe.

Aktívne učenie, pri ktorom školenci diskutujú, aplikujú alebo precvičujú využitie informácií alebo zručností, skôr dáva predpoklad na zmenu správania lekára.

Prednášky sa dajú využiť na efektívny prenos poznatkov, ale zlepšenie praxe lekára si často vyžaduje náročnejšie zručnosti. Lekári pri úsilí zakomponovať odporúčania systematicky a efektívne do svojho hektického pracovného prostredia čelia mnohým prioritám, ktoré si vzájomne konkurujú. Vzdelávacie programy, ktoré rodinným lekárom prinášajú nové informácie, relevantné pre potreby ich pacientov a ktoré motivujú k zmene a poskytujú možnosti na praktický nácvik a na spätnú väzbu a podporu kolegov, skôr prinesú dlhodobé zlepšenie v praxi. Pri expanzii vzdelávacích programov prostredníctvom elektronických médií (e-learning), ktoré majú tendenciu využívať tradičnejšie didaktické medicínske vzdelávanie, je mimoriadne dôležité mať na zreteli, ako školenc aplikuje naučené zručnosti a aktívne preukáže spôsobilosť v existujúcej praxi. Box 4.17 uvádza možnosti efektívneho kontinuálneho vzdelávania v súlade s princípmi vzdelávania dospelých.

BOX 4.17 Ako zabezpečiť efektívne kontinuálne vzdelávanie

- Posúďte potreby účastníkov, navrhnite ciele, zvolte si vhodné metódy;
- Vyvážte prednášky a aktívne praktické činnosti na zapájanie školenecov;
- Pred prácou v skupinách školencom poskytnite potrebnú prípravu a konkrétne úlohy;
- Skupiny v záujme interakcie a diskusie limitujte na max. 12 účastníkov;
- Prezентуйте prípady na diskusiu, resp. povzbudte účastníkov k prezentovaniu vlastných prípadov;
- Umožnite účastníkom precvičiť si zručnosti a spätnú väzbu;
- Zabezpečte cvičenia na uplatnenie nových zručností v aktívnom klinickom prostredí;
- Využite rodinných lekárov ako učiteľov, ak je to vhodné;
- Identifikujte problémy a prediskutujte stratégie na uplatnenie nových zručností;
- Zahrňte metódy hodnotenia na určenie potrebnej spôsobilosti;
- Žiadajte spätnú väzbu od účastníkov na zlepšenie budúcich školení.

Zdroje: adaptované podľa Davis et al.¹¹⁰

Školenec a hodnotenie programu

V záujme prípravy, pri ktorej rodinní lekári získajú potrebný rozsah zručností, sa vzdelávací proces koordinuje, aby sa vedomosti a zručnosti rozvíjali sekvenčne a progresívne, pričom hodnotenie sa vykonáva v pravidelných intervaloch. Školenci si osvoja základné zručnosti v prvom roku a v ďalších ročníkoch zručnosti rozvíjajú s cieľom postupne nadobudnúť náročné zručnosti.

Hodnotenie a spätná väzba zlepšujú výkony školenecov, učiteľov a celý vzdelávací proces. Komplexné hodnotenie sa sústreďuje na kognitívne, psychomotorické zručnosti a postoje, vrátane ľudských kvalít školenca. Proces formačného, ako aj sumárneho hodnotenia je dôležitý. Formačné hodnotenie je pokračujúci proces hodnotenia školenecov a ich napredovania v rámci štúdia a školenecovi poskytuje pravidelnú a konkrétnu spätnú väzbu o tom, ako postupne zvládajú základné zručnosti, zdokonaľujú sa a napredujú v starostlivosti o pacienta so zložitejšími problémami. Formačné hodnotenie umožňuje učiteľovi identifikovať školenecov, ktorí by potrebovali doplňujúci výcvik, aby zvládli konkrétne

BOX 4.18 Sumarizácia komponentov školenia v rodinnom lekárstve na Srí Lanke*Pregraduálne vzdelávanie v rodinnom lekárstve*

Rodinné lekárstvo bolo formálne akceptované ako akademická disciplína v r. 1994 v rámci spojených katedier komunitného a rodinného lekárstva na univerzitách Kelaniya a Sri Jayawardnenepura. Neskôr obidve univerzity zriadili samostatné katedry rodinného lekárstva. Na ostatných 6 školách sa rodinné lekárstvo vyučuje v rôznom rozsahu.

Postgraduálne vzdelávanie v rodinnom lekárstve

Na Srí Lanke od r. 1981 existuje 1-ročný postgraduálny program rodinného lekárstva s možnosťou získať diplom. Záujemcovia o certifikát od Komisie v odbore rodinné lekárstvo sa môžu zapísať do 3-ročného MD programu alebo môžu uskutočniť výskumný projekt a napísať prácu. Všeobecní praktickí lekári na plný úväzok v súkromnom sektore sa môžu ďalej vzdelávať a môžu získať diplom v rodinnom lekárstve absolvovaním diaľkového študijného programu, ktorý bol zavedený v r. 2007 a v súčasnosti sa ponúka v on-line režime (pgim.nodes.lk). Učenie je flexibilnejšie a lekári vo vzdialených oblastiach majú možnosť zvyšovať si úroveň vzdelania v rodinnom lekárstve.

Kolégium všeobecných praktických lekárov Srí Lanky (College of General Practitioners of Sri Lanka; MCGP) od r. 2003 ponúka kurz s možnosťou stať sa členom MCGP. V r. 2012 sa kurz výrazne revidoval a aktuálne je 2 roky trvajúcim programom na získanie diplomu s výučbou v triedach počas víkendov a s praktickou výučbou cez týždne. Portfólio so zaznamenávaním vzdelávacích aktivít a reflektívneho písania umožňuje formálne a sumarizačné hodnotenie. Portfólio zahŕňa nedávno zavedené hodnotenie pôsobenia na pracovisku, na mieste poskytovania starostlivosti a mentorstvo na podporu školencov. MCGP uznala Lekárska rada Srí Lanky ako kompetentné vykonávať registráciu postgraduálnej kvalifikácie a je prvým profesionálnym lekárskeho orgánom na Srí Lanke, ktorému sa podarilo dosiahnuť tento cieľ.

Kontinuálne medicínske vzdelávanie a profesionálny rozvoj

Kolégium MCGP uskutočňuje kontinuálne vzdelávanie lekárov prostredníctvom mesačných prednášok a workshopov a prostredníctvom Výročných akademických zasadnutí s vysokou účasťou. Otvorená univerzita Srí Lanky v r. 2008 začala uskutočňovať pokračujúce on-line kurzy medicínskeho vzdelávania pre všeobecných praktických lekárov.

Zdroj: Nandani de Silva (osobná komunikácia s autormi, 2012)

BOX 4.19 Kontrolné otázky z rodinného lekárstva

Proces Delphi bol iniciovaný v r. 2006 s cieľom vypracovať svetový konsenzus o tom, čo by študenti mali absolvovať počas výučby rodinného lekárstva. Spracovali sa odpovede z 15 krajín z 5 kontinentov. Kontrolné otázky vypracovala pracovná skupina WONCA pre Medzinárodnú federáciu združení študentov medicíny s cieľom usmerniť výmeny študentov v rodinnom lekárstve. Nasledujúce kontrolné úlohy sa môžu využiť v každom kontexte s cieľom pomôcť vypracovať kurikulum v rodinnom lekárstve pre študentov medicíny alebo usmerniť hodnotenie ich praxe:

- Popíšte systém zdravotnej starostlivosti, úlohu a vplyv primárnej starostlivosti.
- Popíšte, ktoré stavy/problémy sa riešia v primárnej starostlivosti a ktoré na iných úrovniach starostlivosti.
- Uvedte rozdiely v diagnostických postupoch a liečbe v súvislosti s incidenciou a prevalenciou v primárnej starostlivosti v porovnaní so sekundárnou a terciárnou starostlivosťou.
- Objasnite jedinečný vzťah lekár – pacient v rodinnom lekárstve.
- Vysvetlite rozdiely medzi chorobou/ochorením a subjektívnymi pocitmi pacienta pri uplatnení klinického prístupu sústredeného na pacienta.
- Vykonajte a vysvetlite vyšetrenie sústredené na pacienta.
- Poskytnite starostlivosť pacientovi v priebehu času (rovnaký pacient, viaceré návštevy).
- Vyhodnoťte a manažujte pacienta s chronickým ochorením v priebehu času.
- Vyhodnoťte, diagnostikujte a navrhujte počiatočné manažovanie pacientov s bežnými akútnymi prejavmi.
- Riešte situácie klinickej neistoty.
- Rozoberte etické aspekty v rodinnej praxi.
- Preukážte rešpektovanie pacientovej kultúry a citlivosť voči ich presvedčeniu.
- Poskytnite podporu zdravia a poradenstvo na prevenciu chorôb.

Môže byť užitočné zvážiť uvedené úlohy v kontexte: len prítomnosť s pozorovaním (začiatočníci), s pomocou prítomného školiteľa (stredne pokročilí) alebo pri samostatnej činnosti s radou (pokročilí).

zručnosti skôr ako ukončia program, a poskytuje školencom nástroje na usmerňované sebahodnotenie vlastnej cesty k získaniu požadovaných spôsobilostí. Sumárne hodnotenie sa využíva na celkové hodnotenie výsledkov školenca v určitých stanovených bodoch programu, napr. na záver určitého bloku, na záver roka alebo pred absolvovaním štúdia. Stratégie na výber najvhodnejšej metódy zhodnotenia kompetencií zosumarizovala Akreditačná rada pre medicínske vzdelávanie v Spojených štátoch amerických (Accreditation Council for Graduate Medical Education; ACGME). Certifikácia garantuje kompetencie a podrobnejšie je popísaná v kapitole 5. ACGME teraz smeruje k modelu kontinuálneho hodnotenia.¹⁰⁰ ACGME navrhuje medzinárodné akreditačné štandardy pre vzdelávacie programy pre rozmanité špecializácie (www.acgme-i.org).

Kurikulum (študijné osnovy, rozsah špecializačnej prípravy) rodinného lekárstva sa pravidelne aktualizuje a zdokonaľuje prostredníctvom cyklu kontinuálnej spätnej väzby a hodnotenia. Každý edukačný cieľ sa dosiahne prostredníctvom procesu stanovenia cieľov, metód, hodnotenia a spätnej väzby na dosahovanie zlepšenia. Syntéza a integrácia poznatkov a zručností rodinných lekárov sa dosahuje poskytovaním komplexnej starostlivosti skupine pacientov v centre rodinného lekárstva. Požadované spôsobilosti a edukačné ciele sa pravidelne prehodnocujú a revidujú, aby sa zaručila ich relevantnosť v aktuálnych podmienkach. Kvalita kurikula sa posudzuje pri pravidelnom prieskume výsledkov školencov a spokojnosti školencov, učiteľov a pacientov.

Učitelia rodinného lekárstva, aby poskytovali relevantné a aktuálne vzdelávanie, potrebujú pravidelne vyhodnocovať potreby pacientov, komunit, školencov a inštitúcií, ktorým slúžia. Hodnotenie potrieb je základným komponentom lekárskej starostlivosti sústredenej na pacienta, výučby sústredenej na školenca, komunitne orientovanej primárnej starostlivosti a spoločensky zodpovedného medicínskeho vzdelávania. Také hodnotenie si vyžaduje určitú dávku zvedavosti a ochotu klásť otázky, napr.:

- ▶ Naplňajú klinické služby alebo vzdelávacie programy väčšinu najdôležitejších potrieb komunit a školencov?
- ▶ Sú školenci spokojní so vzdelávaním, alebo uvádzajú ďalšie zručnosti, ktoré potrebujú pre vysokokvalitnú prax?
- ▶ Ako sa dá zlepšiť kvalita služieb alebo výučby?
- ▶ Existujú nové informácie, ktoré indikujú iné spôsoby poskytovania služieb pri nižších nákladoch?

- Sú prínosy služieb rozdelené spravodlivo?
- Majú absolventi uspokojivé možnosti poskytovať služby tam, kde sú potrebné?
- Sú pacienti spokojní so starostlivosťou, ktorú poskytujú rodinní lekári?

V prípade vzdelávacích programov tieto otázky nie sú dôležité len pre prítomnosť, ale aj pre plánovanie úprav reagujúcich na meniace sa podmienky v budúcnosti.

Zmena sa týka ľudí a procesov – ľudí, ktorí sú aktérmi zmeny, ale aj tých, ktorých sa zmena dotýka. Jej uskutočňovanie môže zahŕňať analýzu kontextu, nastavenie smerovania, plánovanie, realizáciu, udržanie a konečne posúdenie vplyvu zmeny.¹⁰¹ Kroky na dosiahnutie takej zmeny sú uvedené v Boxe 4.20.

4.5 OD VZDELÁVANIA DO PRAXE

Táto kapitola popisuje, čo je vzdelávanie v rodinnom lekárstve, prečo je iné ako vzdelávanie a školenie v iných medicínskych špecializáciách a ako sa dá úspešne uskutočňovať vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve.

V súhrne možno konštatovať, že rodinné lekárstvo je špeciálna časť medicíny venovaná konkrétne poskytovaniu primárnej starostlivosti a vzdelávacie programy v tomto špeciálnom odbore sú exkluzívne svojím zameraním na výučbu v kontexte všetkých podstatných (jadrových) princípov primárnej starostlivosti. Pregraduálni študenti medicíny sú obvykle exponovaní základom primárnej starostlivosti prostredníctvom cielenej rotácie v rámci pregraduálneho kurikula. Vzhľadom na to, že adekvátna spôsobilosť v zložitých zručnostiach primárnej starostlivosti sa nedá dosiahnuť počas základného štúdia medicíny, ponúka sa ďalšie vzdelávanie v špecializácii rodinné lekárstvo, aby školení mali možnosť získať úplnú požadovanú spôsobilosť. Postgraduálne odborné programy obvykle pozostávajú z kombinácie didaktickej, nemocničnej a ambulantnej výučby, s osobitným dôrazom na školenie v prostredí ambulantnej starostlivosti. Toto školenie v ambulantnej starostlivosti je podporené špeciálnymi vyučovacími technikami, ktoré boli vyvinuté špeciálne pre vyťažené ambulancie (kliniky) rodinného lekárstva. Doškoloňovacie, resp. preškoloňovacie programy v rodinnom lekárstve sú (podobne ako tradičné postgraduálne programy) upravené tak, aby zodpovedali potrebám a možnostiam praktizujúcich lekárov, ktorí majú

BOX 4.20 Protokol zmeny v medicínskom vzdelávaní¹¹

V r. 1992 sa v meste Seattle, na University of Washington, stretli medzinárodní lídri v oblasti medicínskeho vzdelávania s cieľom prerokovať stratégiu zmeny medicínskeho vzdelávania, aby zodpovedalo potrebám spoločnosti. Navrhli protokol zmeny s niekoľkými krokmi, ktoré sú uvedené nižšie.

Fáza 1: Kroky na začiatok

- Vypracovať vyhlásenie o poslaní
- Pracovať s ďalšími dotknutými stranami
- Plánovať kurikulum (rozsah špecializačnej prípravy) podľa potrieb zdravotníctva
- Navrhnuť profil „lekára budúcnosti“
- Posúdiť užitočnosť súčasného kurikula
- Posúdiť systém hodnotenia študentov
- Posúdiť profesorský zbor a pracovníkov
- Posúdiť organizačnú štruktúru
- Posúdiť systém odmeňovania
- Odhadnúť šance úspešného zavedenia zmeny
- Pripraviť vhodných vodcov

Fáza 2: Kroky na začatie realizácie

- Hľadať finančnú podporu
- Zhromaždiť materiály na vypracovanie nového kurikula
- Vypracovať organizačný plán
- Udržiavať komunikáciu
- Upevniť pozitívny imidž zmeny
- Riešiť prekážky zmeny

Fáza 3: Kroky na úplnú realizáciu

- Navrhnuť rozvrh kurikula
- Vytvoriť náležitú štruktúru na dohľad nad kurikulumom
- Vytvoriť pokračujúce krátkodobé a dlhodobé plány hodnotenia
- Zúčastňovať sa na komunitných zdravotných programoch a na výskume zdravotných služieb

BOX 4.21 Uplatnenie medzinárodných štandardov na rodinné lekárstvo

V r. 1998 spustila Svetová federácia pre medicínske vzdelávanie (World Federation for Medical Education; WFME) program medzinárodných štandardov v medicínskom vzdelávaní. Jeho účel bol poskytnúť mechanizmus na zlepšovanie kvality medicínskeho vzdelávania vo svetovom kontexte, aby ho aplikovali inštitúcie zodpovedné za medicínske vzdelávanie, a to v programoch počas celého pokračujúceho medicínskeho vzdelávania. Medicínski edukátori z celého sveta vypracovali globálne štandardy WFME pre základné medicínske vzdelávanie, postgraduálne medicínske vzdelávanie a kontinuálny profesionálny rozvoj a všetky publikovali v r. 2003 s podporou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a Svetovej lekárskej asociácie (WMA).

WONCA vypracúva štandardy pre rodinných lekárov, ktorí sa školia, na základe dvojúrovňového rámca medzinárodných štandardov WFME: *Základy* pre programy v počiatočnom štádiu rozvoja a *Rozvíjanie kvality* pre programy, ktoré sú na vyššej úrovni a dlhodobejšie. Je to užitočný koncept vzhľadom na rozmanitosť zdrojov rodinného lekárstva a edukačných kontextov.

V rámci vývoja sa riešia rozmanité otázky, napr.:

- relevantnosť takých štandardov pre širokú škálu kontextov;
- ďalšie oblasti špecifické pre rodinné lekárstvo;
- možnosť uplatniť tieto štandardy na vzdelávacie programy na celom svete;
- hodnota vývoja sprievodných medzinárodných akreditačných štandardov.

dosiahnuť základné spôsobilosti v primárnej starostlivosti. Tieto programy sú podstatnou súčasťou podpory zdravotných systémov v úsilí rýchlo vybudovať základňu dobre vyškolených poskytovateľov primárnej starostlivosti tam, kde aktuálne absentujú. Kontinuálne medicínske vzdelávanie je dôležitý mechanizmus doškoľovania a často v ňom vyniká špecializácia rodinné lekárstvo s programami na podporu rodinných lekárov v praxi, aby si udržiavali prinajmenšom minimálnu úroveň kompetentnosti v klinickej starostlivosti. Hodnotenie vychádzajúce z požiadaviek školenia na získanie kompetentnosti je podstatné na zabezpečenie kompetentného poskytovateľa v primárnej starostlivosti a na zdokonaľovanie vzdelávacích programov v špecializácii.

Vzdelávanie a profesionálny rozvoj sú podstatné pre vysokokvalitnú rodinnú prax, ale nevyhnutné je aj podporujúce prostredie. Školenci v oblasti ro-

dinného lekárstva sa stávajú samostatnými poskytovateľmi a rýchlo hľadajú podporu v rámci systému, aby mohli vykonávať prax vo svojej novej špecializačnej oblasti na najvyššej úrovni svojich zdokonalených schopností. Nástup veľkej kohorty rodinných lekárov v rámci zdravotného systému prinesie len limitovaný úžitok, ak im nebudú poskytnuté systémy a zdroje (kompetencie) na maximálne uplatnenie zručností v komplexnej a koordinovanej starostlivosti. Na dosiahnutie ešte lepších výsledkov v zdraví populácie založených na silnej primárnej starostlivosti musia zdravotné systémy pokračovať vo svojich investíciách do jej posilňovania, ale aj v iných oblastiach a nielen vo vzdelávaní a v ľudských zdrojoch. Úlohe vytvárania podporujúceho prostredia sa venujeme v nasledujúcej kapitole.

ODKAZY

1. Dewey J, Archambault RD. John Dewey on education: selected writings. *New York: Modern Library*. 1964.
2. Maritain J. *Education at the Crossroads*. New Haven, CT: Yale University Press, 1943.
3. Hutchins RM. The conflict in education in a democratic society. 1st ed. New York: Harper, 1953: 67–76.
4. McGuire C. *An Overview of Medical Education in the Late 20th Century. International handbook of medical education*. Westport, CT: Greenwood Press, 1994.
5. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Academic Medicine*. 1992; **67**(11): 745–9.
6. Boelen C, Heck JE. *Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools*. Geneva: World Health Organization, Division of Development of Human Resources for Health 1995.
7. Lipkin M. *Toward the education of doctors who care for the needs of people: innovative approaches in medical education. New directions for medical education: problem-based learning and community-oriented medical education*. New York: Springer-Verlag, 1989.
8. Golden A, Carlson D, Hagen J. *A Definition of Primary Care for Educational Purposes. The art of teaching primary care*. New York: Springer 1982.
9. Gabriel BA. Beyond hospital walls: teaching students about social determinants of health. *AAMC Reporter* [Internet] 2012. Available from: www.aamc.org/newsroom/reporter/sept2012/303664/hospital-walls.html

10. Moore MG, Kearsley G. *Distance Education: a systems view of online learning*. 3rd ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2012.
11. NextGenU: NextGenU.org 2012. Available at: www.nextgenu.org
12. Lewin T. Harvard and M.I.T. team up to offer free online courses. *New York Times*, 2012, May 2.
13. De Silva N. Development of the Postgraduate Diploma in Family Medicine by Distance Education. The Sri Lankan Experience. *Medicine Today*. 2008; **6**(2): 173–7. Available at: pgim.nodes.lk
14. Starfield B, Shi L, Grover A, et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs (Millwood)*. 2005 Jan-Jun; Suppl Web Exclusives: W5-97-W5-107.
15. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; **24**(4): 252–4.
16. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, et al. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 2003; **35**(1): 60–4.
17. Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N, et al. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2000; **13**(6): 408–14.
18. Lee J, Park S, Choi K, et al. The association between the supply of primary care physicians and population health outcomes in Korea. *Family Medicine*. 2010; **42**(9): 628–35.
19. Roetzheim RG, Pal N, van Durme DJ, et al. Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier stage of melanoma detection. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000; **43**(2 Pt. 1): 211–18.
20. Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; **16**(5): 412–22.
21. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998; **47**(2): 105–9.
22. Roetzheim RG, Pal N, Gonzalez EC, et al. The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer. *Journal of Family Practice*. 1999; **48**(11): 850–8.
23. Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985–1995. *Stroke*. 2003; **34**(8): 1958–64.
24. Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight

- in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004; **58**(5): 374–80.
25. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. Rev. ed. New York: Oxford University Press, 1998; ix: 438.
26. *Training of the Physician for Family Practice: eleventh report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel*. Geneva: World Health Organization 1963.
27. Haq C, Ventres W, Hunt V, et al. Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. *Academic Medicine*. 1995; **70**(5): 370–80.
28. Hansen MF. An educational program for primary care. *Journal of Medical Education*. 1970; **45**(12): 1001–15.
29. *Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor*. Geneva: World Health Organization, 1994.
30. *The World Health Report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008.
31. *World Medical Association Statement on the Global Burden of Chronic Disease*. World Medical Association, 2011.
32. Montegut AJ. To achieve “health for all” we must shift the world’s paradigm to “primary care access for all”. *Journal of the American Board Family Medicine*. 2007; **20**(6): 514–17.
33. Ershler I. Comprehensive primary health care. A letter to a medical student. *Archives of Internal Medicine*. 1989; **149**(11): 2404–6.
34. Golinkoff M. Managed care best practices: the road from diagnosis to recovery: access to appropriate care. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2007; **13**(9 Suppl A): S23–7.
35. McDaniel SH, McDaniel SH. *Family-Oriented Primary Care*. 2nd ed. New York: Springer, 2005; xix: 477.
36. Global learning device on social determinants of health and public policy formulation. Pan American Health Organization, World Health Organization; 2011.
37. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*. 2003; **1**(3): 134–43.
38. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2003; **327**(7425): 1219–21.
39. Christakis DA, Kazak AE, Wright JA, et al. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Family Medicine*. 2004; **36**(1): 55–60.
40. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various

- outcomes of continuity of physician care. *American Journal of Public Health*. 1974; **64**(11): 1062–70.
41. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*. 2003; **1**(3): 149–55.
 42. Thompson M, Nussbaum R. Asking women to see nurses or unfamiliar physicians as part of primary care redesign. *American Journal of Managed Care*. 2000; **6**(2): 187–99.
 43. Bodenheimer T. *Building Teams in Primary Care: case studies*. Oakland, CA: California HealthCare Foundation 2007.
 44. Menec VH, Sirski M, Attawar D, et al. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *Journal of Health Services Research and Policy*. 2006; **11**(4): 196–201.
 45. Sperl-Hillen JM, Solberg LI, Hroschowski MC, et al. The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. *Preventing Chronic Disease*. 2008; **5**(1): A16.
 46. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *Journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2010; **65**(4): 421–8.
 47. Ogur B, Hirsh D, Krupat E, et al. The Harvard Medical School-Cambridge integrated clerkship: an innovative model of clinical education. *Academic Medicine*. 2007; **82**(4): 397–404.
 48. Phan K, Brown SR. Decreased continuity in a residency clinic: a consequence of open access scheduling. *Family Medicine*. 2009; **41**(1): 46–50.
 49. Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Pet al. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia*. 2008; **188**(8 Suppl.): S65–8.
 50. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Annals of Internal Medicine*. 2005; **142**(8): 700–8.
 51. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*. 2004; **291**(10): 1246–51.
 52. De Maeseneer J, van Weel C, Roberts R. Family medicine's commitment to the MDGs. *Lancet*. 2010; **375**(9726): 1588–9.
 53. Mills P, Neily J, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons*. 2008; **206**(1): 107–12.

54. Nandiwada DR, Dang-Vu C. Transdisciplinary health care education: training team players. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010; **21**(1): 26–34.
55. Jack B, Greenwald J, Forsythe S, et al. Developing the Tools to Administer a Comprehensive Hospital Discharge Program: The ReEngineered Discharge (RED) Program (Vol. 3: Performance and Tools) 2008.
56. *Wonca International Dictionary*. Copenhagen: Wonca International Classification Committee, 2003.
57. Starfield B, Hyde J, Gervas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008; **62**(7): 580–3.
58. United States Department of Health and Human Services. *Clinician's Handbook of Preventative Services*. 2nd ed. McLean, VA: International Medical Publishing 1997.
59. Prochaska J, DiClemente C. In search of the structure of behaviour change. In: Y Klar, J. D. Fisher, J. M. Chinsky, et al (eds). *Self-Change: social, psychological and clinical perspectives*. New York: Springer-Verlag, 1992.
60. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change: a guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
61. Christie-Seely J (ed). *Working With the Family in Primary Care: a systems approach to health and illness*. Westport, CT: Praeger Publishers 1984.
62. Kark SL. *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. New York: Appleton- Century-Crofts, 1981.
63. Rhyne R. *Community Oriented Primary Care: health care for the 21st century*. Washington DC: American Public Health Association 1998.
64. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The Medical Interview: clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag 1995; 22: 643.
65. Stuart MR, Lieberman JA. *The Fifteen Minute Hour: practical therapeutic interventions in primary care*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 2002.
66. Brown J, Stewart M, McCracken E, et al. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Family Practice*. 1986; **3**(2): 75–9.
67. Coulehan JL, Block MR. *The Medical Interview: mastering skills for clinical practice*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Co., 2006.
68. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*. 1986; **3**(1): 24–0.
69. Mengel M, Holleman W (eds). *Fundamentals of Clinical Practice. A textbook on the patient, doctor and society*. New York: Plenum Medical Book Company 1997.
70. Stewart M, Brown J, Levenstein J, et al. The patient-centred clinical method.

3. Changes in residents' performance over two months of training. *Family Practice*. 1986; **3**(3): 164–7.
71. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method*. 2nd ed. Stewart M, Brown JB, Freeman TR (eds). United Kingdom: Radcliffe Medical Press, 2003.
72. The American Balint Society. Available from: www.americanbalintsociety.org
73. Pellegrino E, Thomasma D. *For the Patient's Good: the restoration of beneficence in health care*. Oxford: Oxford University Press 1988.
74. Rivo ML, Saultz JW, Wartman SA, et al. Defining the generalist physician's training. *JAMA*. 1994; **271**(19): 1499–504.
75. Kahssay HM. Health centres: the future of health depends on them. *World Health Forum*. 1998; **19**(4): 341–7, discussion 8–60.
76. Markuns JF, Culpepper L, Halpin WJ Jr. Commentary: a need for leadership in primary health care for the underserved: a call to action. *Academic Medicine*. 2009; **84**(10): 1325–7.
77. Kahssay H, Taylor M, Berman P. Community health workers: the way forward. Geneva: World Health Organization, 1998.
78. Demarzo MM. Transforming health professionals' education. *Lancet*. 2011; **377**(9773): 1235, author reply 8–9.
79. Sloane PD. *Essentials of Family Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
80. Scott I, Gowans M, Wright B, et al. Determinants of choosing a career in family medicine. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; **183**(1): E1–8.
81. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Academic Medicine*. 1995; **70**(7): 620–41.
82. West CP, Dupras DM. General medicine vs subspecialty career plans among internal medicine residents. *JAMA*. 2012; **308**(21): 2241–7.
83. Sinclair HK, Ritchie LD, Lee AJ. A future career in general practice? A longitudinal study of medical students and pre-registration house officers. *European Journal of General Practice*. 2006; **12**(3): 120–7.
84. Tolhurst H, Stewart M. Becoming a GP-a qualitative study of the career interests of medical students. *Australian Family Physician*. 2005; **34**(3): 204–6.
85. Pathman DE, Steiner BD, Jones BD, et al. Preparing and retaining rural physicians through medical education. *Academic Medicine*. 1999; **74**(7): 810–20.
86. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins AJ, et al. The effects of medical school curricula,

- faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Academic Medicine*. 1995; **70**(7): 611–19.
87. Kamien BA, Bassiri M, Kamien M. Doctors badmouthing each other. Does it affect medical students' career choices? *Australian Family Physician*. 1999; **28**(6): 576–9.
88. Vujicic M, Alfano M, Shengelia B, et al. *Attracting doctors and medical students to rural Vietnam: insights from a discrete choice experiment*. The World Bank, 2010.
89. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, et al. A five-step “microskills” model of clinical teaching. *Journal of the American Board of Family Practice*. 1992; **5**(4): 419–24.
90. Pangaro L. A new vocabulary and other innovations for improving descriptive in-training evaluations. *Academic Medicine*. 1999; **74**(11): 1203–7.
91. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Academic Medicine*. 2003; **78**(9): 893–8.
92. Wolpaw T, Papp KK, Bordage G. Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties: a randomized comparison group trial. *Academic Medicine*. 2009; **84**(4): 517–24.
93. *Family practice development strategies: report on the second World Health Organization meeting of the Expert Network*. Warsaw, Poland: World Health Organization Regional Office for Europe 1995.
94. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA*. 2002; **288**(9): 1057–60.
95. Fabb W, Janssens H. Continuing education. In: Fry J (ed). *Primary Care*. London: William Heinemen Medical Books, 1980: 473.
96. Hauer KE, Ciccone A, Henzel TR, et al. Remediation of the deficiencies of physicians across the continuum from medical school to practice: a thematic review of the literature. *Academic Medicine*. 2009; **84**(12): 1822–32.
97. Harden RM, Grant J, Buckley G, et al. Best evidence medical education. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*. 2000; **5**(1): 71–90.
98. Hart I. Best evidence medical education (BEME). *Medical Teacher*. 1999; **21**(5): 453–4.
99. Stewart M, Mennin P, McGrew M. Scholarship in teaching and best evidence medical education: synergy for teaching and learning. *Medical Teacher*. 2000; **22**(5): 468–70.
100. Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, et al. The next GME accreditation system – rationale and benefits. *New England Journal of Medicine*. 2012; **366**(11): 1051–6.
101. Neufeld V. *Leadership for change in the education of health professionals*. Maastricht: Network Publications, 1995.
102. Walters L, Greenhill J, Richards J, et al. Outcomes of longitudinal integrated clinical

- place- ments for students, clinicians and society. *Medical Education*. 2012; **46**(11): 1028–41.
- ^{103.} Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*. 2001; **76**: 390–3.
- ^{104.} *The World Health Report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva: World Health Organization 2008. Available at: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
- ^{105.} Starfield B. Is patient-centred care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011; **15**(2): 63–9.
- ^{106.} Kidd MR, Beilby JJ, Farmer EA, et al. General practice education and training: past experiences, current issues and future challenges. *Medical Journal of Australia*. 2011; **194**(11): S53–4.
- ^{107.} Osman H, Romani M, Hlais S. Family medicine in Arab countries. *Family Medicine*. 2011; **43**: 37–42.
- ^{108.} Abyad A, Al-Baho AK, Unluoglu I, et al. Development of family medicine in the Middle East. *Family Medicine*. 2007; **39**: 736–41.
- ^{109.} Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine, 2007, United States of America.
- ^{110.} Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health outcomes? *JAMA*. 1999; **282**: 867–74.
- ^{111.} Boelen C, Des Marchais JE, Dohner CW, et al. *Developing protocols for change in medical education. Report of an informal consultation, Seattle, Washington, USA, 11–14 August 1992*. Geneva: World Health Organization. 1995. (WHO/HRH/95.5)
- ^{112.} Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80.
- ^{113.} *The Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010*. Available at: www.healthsocialaccountability.org
- ^{114.} Frehywot S, Vovides Y, Talib Z, et al. E-learning in medical education in resource constrained low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*. 2013; **11**: 4. Available at: www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-11-4.pdf.

KAPITOLA 5

Vytváranie podporujúceho prostredia pre optimálnu prax rodinného lekárstva

Všeobecní praktickí/rodinní lekári potrebujú podporujúce prostredie, ktoré im umožní starať sa o jednotlivcov, rodiny a komunity. Pre úspešný výkon všeobecného praktického lekárstva sú potrebné mnohé podmienky (*pozri* tabuľku 5.1). Rodinní lekári sa pripravujú na výkon povolania štúdiom a školením, ale efektívne zdravotné systémy a spolupracujúce tímy poskytujú organizačnú štruktúru nevyhnutnú pre poskytovanie efektívnych zdravotných služieb. Podporujúce prostredie umožňuje rodinným lekárom poskytovať zdravotnú starostlivosť najvyššej kvality vzhľadom na dostupné zdroje.

TABUĽKA 5.1 Základné podmienky optimálnej praxe rodinného lekára

Komponent	Príklad
Vzťahy	Efektívna komunikácia a spolupráca s pacientmi, rodinami, komunitami, zdravotnými tímami, kolegami – špecialistami, lekáorskými fakultami a akademickými centrami, vládou, úradmi verejného zdravotníctva a profesijnými združeniami.
Vzdelanie	Vysokokvalitné vzdelávanie postavené na dosahovaní kompetentnosti, prostredníctvom štúdia medicíny, špecializovaných školení a kontinuálneho vzdelávania.
Zdravotné tímy a systém	Kompetentné tímy primárnej starostlivosti vybavené adekvátnymi zdrojmi, dostatočným počtom zdravotníkov a modely praxe založené na spolupráci.
Profesijné združenia	Štandardy/normy pre vysokokvalitné rodinné lekárstvo, posudzovanie potrieb, zavedené skúšky a certifikácia, zabezpečené adekvátne zdroje, verejnosť informovaná o úlohe a hodnote rodinných lekárov, produktívna spolupráca s národnými a medzinárodnými organizáciami.

Komponent	Príklad
Výskum primárnej starostlivosti	Zabezpečené dostatočné financovanie výskumu v rodinnom lekárstve na generovanie nových poznatkov, aplikovanie poznatkov s cieľom zlepšovať kvalitu a hodnotenie výsledkov starostlivosti.
Zlepšovanie kvality	Rodinní lekári disponujú vedomosťami a zručnosťami potrebnými na posúdenie kvality a na zvyšovanie kvality klinických procesov a výsledkov.
Politika a financovanie	Poskytuje stimuly na podporu vysokokvalitnej primárnej starostlivosti pre celú populáciu.

V tejto kapitole sa venujeme komponentom a podporujúcemu prostrediu, ktoré je nevyhnutné pre vysokokvalitnú prax. Sem patrí podpora pozitívnych vzťahov, rozvoj profesijných organizácií, financovanie a odmeňovanie optimálnej praxe, zlepšovanie dostupnosti, podporovanie výskumu v primárnej starostlivosti, zlepšovanie kvality a výsledkov praxe a strategické plánovanie rozvoja rodinného lekárstva. Každý z týchto vzájomne previazaných komponentov formuje prostredie, v ktorom rodinný lekár vykonáva svoju prax.

5.1 PODPORA POZITÍVNYCH VZŤAHOV

Komponenty uvedené v tabuľke 5.1 prispievajú k podmienkam na fungovanie optimálnej praxe. Obraz dobre pripraveného rodinného lekára je výsledkom pozitívnych vzťahov, ktoré sa časom vytvorili medzi lekárom, pacientmi a verejnosťou, kolegami – zdravotníkmi, akademickými inštitúciami a úradmi zdravotníctva. Vzťahy s týmito zainteresovanými stranami sú založené na poskytovaní vysokokvalitnej starostlivosti pacientovi, na spolupráci s členmi tímu primárnej starostlivosti a ďalšími kolegami – špecialistami a na angažovanej službe pre komunitu. Podpora pozitívnych vzťahov sa začína pochopením a riešením potrieb, ako aj potenciálneho odporu každého zainteresovaného.

Vzťahy s jednotlivcami a s komunitou

Vzťahy medzi rodinnými lekármi a ich pacientmi, kolegami a komunitou majú vplyv na klímu pre pokračujúci rast a rozvoj rodinného lekárstva ako odboru. Napríklad kanadský zdravotný systém sa v ostatnom desaťročí transformoval

s cieľom posilniť poskytovanie primárnej starostlivosti, s povzbudením, zapojením a spoluprácou u všetkých zainteresovaných vrátane pacientov, poskytovateľov a tvorcov politiky ako podstatnej súčasti reforiem.¹

Ďalší príklad z r. 2010 je podpis prezidenta USA pod najkomplexnejší balík reformy zdravotníctva od roku 1965. Zákon o ochrane pacienta a cenovo dostupnej starostlivosti (ACA) zabezpečí zdravotné poistenie pre viac ako 30 miliónov Američanov, ktorí predtým nemali žiadne zdravotné poistenie. ACA a zdôvodnenie reformy v Kongrese sa výrazne zameriavajú na primárnu starostlivosť, ktorá plní podstatnú úlohu a je dôležitá pre znižovanie nákladov. Tento zákon pomôže priviesť rodinných lekárov bližšie k väčšiemu počtu obyvateľov USA.²

Skôr ako sa začne zavádzať rodinné lekárstvo v krajine, verejnosť treba informovať o úlohe rodinného lekára v systéme zdravotnej starostlivosti. V určitých krajinách, kde všeobecní praktickí lekári nie sú adekvátne pripravení a sú prepracovaní a finančne nedocenení, verejnosť môže mať na rodinných lekároch ako osobných lekárov negatívny názor.³ V takej situácii je podstatné, aby vláda alebo súkromný sektor financovali rozvoj rodinného lekárstva, podporovali príslušný model praxe a preukázali verejnosti, že dobre pripravení rodinní lekári vedia poskytovať vysokokvalitnú starostlivosť a dosahujú vysokú úroveň spokojnosti u pacientov.⁴

V situáciách, keď majú rodinní lekári podstatnú mieru kontroly nad odosielaním pacientov k špecialistom, ale súčasne ich zamestnávateľia alebo vláda tlačia, aby obmedzovali prístup pacientov k ďalším zdravotným službám, pacienti a verejnosť môžu prejavovať nespokojnosť s obmedzovaním prístupu. Táto situácia už existuje napr. v Spojenom kráľovstve, kde navrhované reformy mali zabezpečiť posun smerom k viac trhovo orientovanému systému, pričom všeobecní lekári mali pôsobiť ako platcovia za špecializovanú starostlivosť a kontrolovať 70 % rozpočtu Národnej zdravotnej služby.⁵ Tieto situácie si vyžadujú pozorné monitorovanie s cieľom zabezpečiť, že rodinní lekári budú aj naďalej môcť slúžiť ako efektívni obhajcovia pacientov.

V skutočnosti verejnosť často vysoko oceňuje služby primárnej starostlivosti, ktoré poskytujú rodinní lekári.⁴ Promptné a úctivé zaobchádzanie s pacientmi podporuje akceptovanie na strane verejnosti. Keď pacienti zistia, že sa môžu spoľahnúť na rodinného lekára a miestny zdravotný tím ako na kompetentných poskytovateľov a obhajcov, rodinní lekári a členovia celej primárnej starostlivosti sa stávajú vysoko uznávanými členmi spoločnosti. Navyše, keď rodinní lekári pôsobia v spolupráci s ďalšími subjektmi na projektoch zameraných na zlepše-

nie zdravia komunity, ako platení účastníci alebo dobrovoľníci sú vnímaní ako ľudia ochotní robiť niečo pre dobro celej komunity. Preto sú prizývaní, aby konali ako obhajcovia zdravia komunity a vodcovia, aby prispievali k ďalším programom, ktoré súvisia so zdravím, ako napr. plánovanie hospodárskeho rozvoja, vzdelávanie v oblasti bezpečnosti. Tieto vodcovské úlohy umocňujú hodnotu rodinných lekárov pre celú komunitu.

Rodinní lekári sa môžu angažovať v stratégii komunitne orientovanej primárnej starostlivosti (KOPS) (*pozri kapitola 2, časť 2.7*). Vychádzajúc zo skúseností dennej praxe doplnených epidemiologickými údajmi, tím primárnej starostlivosti, spolu s miestnou komunitou, môže sformulovať „diagnózu komunity“ a začať opatrenia na riešenie príčin zlého zdravotného stavu.⁶⁶

Rodinní lekári môžu prispieť k zdravotnej výchove verejnosti. Môžu písať stĺpčky do novín, vystupovať v rozhlasových programoch, poskytovať pre televíziu aktuálne informácie o témach zdravia. Na podporu imidžu môžu rodinní lekári a ich organizácie rozvíjať úspešné vzdelávacie kampane pre verejnosť s využitím reklamy, plagátov a letákov s cieľom podporiť vnímanie rodinného lekára ako osobného a starostlivého lekára. Kampane môžu poukazovať na výhody jedného lekára, ktorý poskytuje komplexnú zdravotnú starostlivosť jednotlivcom i rodinám a koordinuje všetky potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti. Zvyšovanie informovanosti o charakteristikách a funkciách rodinného lekárstva podporuje dôveru verejnosti v kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Stratégie na podporu pozitívneho vzťahu s miestnymi komunitami sú v Bole 5.1.

Vzťahy s kolegami

Pozitívne vzťahy medzi rodinnými lekármi, členmi zdravotných tímov a kolegami sú základom efektívnych partnerstiev. Rozvoj rodinného lekárstva môže mať vplyv na viaceré skupiny zdravotníkov.

Tieto skupiny môžu zahŕňať praktizujúcich všeobecných lekárov, ktorí neboli pripravení na výkon rodinného lekárstva, ďalších špecialistov a pridružené zdravotnícke profesie. Mnohí z nich sa môžu podieľať na poskytovaní primárnej starostlivosti a mať spoločné ciele s rodinnými lekármi. Iní zas môžu spochybňovať potrebnosť rodinných lekárov a môžu mať obavy o vlastnú existenciu.⁶

Riešenie týchto obáv, rokovanie o vzájomne sa dopĺňujúcich úlohách rodinných lekárov a iných zdravotníckych profesií a prizývanie k účasti na rozvíjaní

BOX 5.1 Ako rodinní lekári môžu podporovať pozitívny vzťah s komunitou

Rodinní lekári môžu:

- poskytovať vysokokvalitné, dostupné a komplexné služby zdravotnej starostlivosti;
- zabezpečovať kontinuitu starostlivosti;
- poskytovať starostlivosť orientovanú na pacienta ako osobu;
- reagovať na potreby pacientov a ich rodín promptne, zdvorilo a citlivo s ohľadom na ich potreby a problémy v oblasti zdravotnej starostlivosti;
- konať ako zástancovia pacientov;
- angažovať sa u lídrov komunity a podporovateľov zdravia v prospech svojich komunít;
- mať spoluúčasť na komunitných programoch na podporu zdravia;
- pripravovať informačné materiály pre verejnosť.

rodinného lekárstva pomôže vytvárať spojenectvá na poskytovanie efektívnej primárnej starostlivosti. Stratégie môžu zahŕňať rekvalifikáciu praktizujúcich odborných lekárov, ktorí sa chcú stať rodinnými lekármi alebo chcú navrhnúť nové modely praxe, ktoré integrujú rodinných lekárov a ďalších zdravotníkov.

V koordinovaných zdravotných systémoch sa úlohy rodinných lekárov a ďalších zdravotníkov navzájom dopĺňajú, pričom každý tomu ďalšiemu umožňuje byť optimálne efektívnym.⁷ Rodinní lekári sa môžu spoliehať na členov tímu primárnej starostlivosti, ktorí poskytujú služby ako skrining, zdravotná výchova/osвета, starostlivosť o pacientov s chronickým problémom.

Recipročné, podporné vzťahy medzi členmi tímu primárnej starostlivosti umocňujú efektívnosť celého tímu.

Tam, kde rodinní lekári preberajú väčšiu zodpovednosť za komunitu a za verejné zdravie, najmä keď koordinujú služby pre určitú cieľovú populáciu, ešte vo väčšej miere potrebujú dobrú spoluprácu s rôznymi pridruženými zdravotníckymi profesiami. Dobre pripravení rodinní lekári zvládnu väčšinu jednotlivých zdravotných problémov v komunite, uvedomujú si aj svoje limity a vedia, kedy a ako požiadať o pomoc iných kolegov – špecialistov.

Keď sa so špecialistami zodpovedajúco konzultuje a spolupodieľajú sa na starostlivosti o pacientov s komplikovanými potrebami, chápu a rešpektujú hodnotu rodinných lekárov pre starostlivosť o pacientov. Pod zodpovedajúcim

BOX 5.2 Ako rodinní lekári môžu podporovať pozitívne vzťahy s kolegami

- Spolupracovať ako členovia spoločného tímu;
- Priamo a efektívne komunikovať s konzultantmi – špecialistami;
- Vymieňať si informácie, aby sa lepšie riešili prioritné zdravotné potreby;
- Koordinovať príjem hospitalizovaných pacientov, starostlivosť o nich a prepustenie z nemocnice;
- Identifikovať problémy a rozvíjať stratégie na zlepšenie koordinácie starostlivosti;
- Zabezpečovať vzdelávanie pre pridružené zdravotnícke profesie;
- Prizývať kolegov špecialistov k vzdelávaniu pacientov a kontinuálnemu vzdelávaniu.

konzultovaním sa myslí aj to, že konzultantovi sa poskytnú dôležité informácie o pacientovi, konzultantovi sa popíše problém, ktorý treba riešiť, a vymedzia sa úlohy rodinného lekára a konzultanta v kontinuálnej starostlivosti o pacienta.

Koordinácia starostlivosti je osobitne dôležitá v prípade hospitalizácie pacienta. Niektorí rodinní lekári poskytujú nemocničnú starostlivosť. Aj v prípadoch, keď je za hospitalizáciu zodpovedný iný lekár, rodinný lekár je zodpovedný za odoslanie pacienta a následné sledovanie hospitalizovaného pacienta.

Uznanie, prediskutovanie a prejednanie doplňujúcich úloh rodinných lekárov a ďalších zdravotníkov v súvislosti so starostlivosťou o pacienta minimalizuje konkurenciu a podporuje spoluprácu. Ďalší špecialisti, ktorí pôsobia v spolupráci s rodinnými lekármi, sa môžu stať významnými spojencami pri rozvíjaní odbornosti. Stratégie na podporu pozitívnych vzťahov s kolegami sú v Boxe 5.2.

Vzťahy s lekáorskými fakultami

Mnohé univerzity zistili, že katedry rodinného lekárstva majú na ich fakulte a v miestnych akademických centrách dôležitú úlohu v oblasti výučby, výskumu a klinickej starostlivosti. Na začiatok však niektoré katedry alebo fakulty môžu byť proti zavedeniu rodinného lekárstva.⁸

Návštevy a prednášky pedagógov a vedúcich katedrií zo škôl, kde je rodinné lekárstvo dobre etablované, môžu podporiť priaznivejší postoj k tomuto špecializačnému odboru. Dekan alebo uznávaný vedúci katedry inej špecializácie

BOX 5.3 Ako rodinní lekári môžu podporiť pozitívne vzťahy s lekáorskými fakultami a akademickými centrami

Rodinní lekári môžu:

- pôsobiť na plný úväzok na katedre rodinného lekárstva;
- pôsobiť v prijímacích komisiách na školách;
- pomáhať učiť medikov rodinné lekárstvo;
- pôsobiť ako klinickí škoolitelia pre absolventov;
- učiť alebo zúčastňovať sa doškoolovacích programov;
- zapájať sa do výskumu v primárnej starostlivosti;
- zvyšovať a podporovať spoločenskú zodpovednosť akademických inštitúcií.

môže byť kľúčovým spojencom pri etablovaní rodinného lekárstva v akademickom medicínskom centre alebo vo vzdelávacej inštitúcii.

Rodinní lekári pôsobiaci v komunite môžu podporiť vzťahy s akademickými centrami a školami, keď pôsobia ako cenní klinici, učitelia a vzory roly rodinného lekára pre študentov medicíny a lekárov zúčastňujúcich sa výcviku v dotknutej špecializácii. Študijná prax v komunite je prínosom pre študentov, lekárov, ktorí sa doškoolujú, ako aj škooliacich lekárov. Absolventi prípravy pod dohľadom lekárov pôsobiacich v komunite ocenia hodnotu a náročnosť vysokokvalitnej a komplexnej primárnej starostlivosti. Komunitní rodinní lekári pôsobiaci aj ako pedagógovia sú motivovaní poskytovať vysokokvalitné služby a motivuje ich aj interakcia so študentmi a lekármi, ktorí sa chcú učiť. Kvalita starostlivosti o pacientov sa zvyšuje, keď sa rodinní lekári zapájajú do výskumných projektov v oblasti primárnej starostlivosti a doškoolujú sa, aby získavali aktuálne poznatky a zdokoonávali si pedagogické zručnosti. Uznatie a náležitý odmeňovanie rodinných lekárov podporuje ich imidž. Námety v oblasti vzťahov rodinných lekárov s lekáorskými fakultami a akademickými centrami sú v Boxe 5.3.

Vzťahy s úradmi

Podporujúce vzťahy s inštitúciami vlády, ktoré sú zodpovedné za plánovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti, sú prínosom a podporujú možnosti rodinných lekárov slúžiť komunitám a uplatniť potenciál rodinného lekárstva ako

BOX 5.4 Partnerstvo vlády a rodinného lekárstva na Filipínach

Filipínska akadémia rodinných lekárov (PAFP), Filipínska spoločnosť učiteľov rodinného lekárstva a Ministerstvo rodiny a komunity

Lekárska fakulta na Filipínskej univerzite spolupracovala s vládou a jej realizačnou inštitúciou, Filipínskou zdravotnou poisťovňou, na viacerých projektoch zameraných na podporu rodinného lekárstva a zvýšenie kvality starostlivosti.

Zákon o národnom zdravotnom poistení prijatý v r. 1994 pomohol formalizovať úlohu rodinného lekára. Kľúčové komponenty sú:

- všeobecná dostupnosť ambulantnej aj nemocničnej starostlivosti;
- klasifikácia rodinných lekárov ako špecialistov so zodpovedajúcimi platbami za ich služby;
- odosielanie pacientov k špecialistom prostredníctvom rodinných lekárov;
- zavedenie programov zabezpečujúcich kvalitu a zlepšovanie praxe.

Projekty zahŕňali spoločné workshopy na témy: kompetencie, vypracovanie na dôkazoch založených smerníc pre klinickú prax pre často sa vyskytujúce stavy v primárnej starostlivosti, výskum na zlepšenie dostupnosti a kvality primárnej starostlivosti, pilotné projekty zamerané na poskytovanie hospicovej starostlivosti, zdravie rodiny a starostlivosti pre znevýhodnené skupiny obyvateľov. Komisia pre odborné predpisy vyžaduje kontinuálne medicínske vzdelávanie, aby si rodinní lekári mohli obnovovať svoju licenciu na vykonávanie praxe. Odborné predpisy teraz vyžadujú kontinuálne medicínske vzdelávanie. PAFP zachovanie členstva podmieňuje účasťou na aktivitách zameraných na zabezpečenie kvality. Zlepšovanie kvality podporuje aj pomoc od Pracovnej skupiny pre kvalitu rodinného lekárstva svetovej organizácie WONCA.

Takto sa rozvíja vzájomne prínosný vzťah. Pomocou podpory zo strany vlády a na základe svojho postavenia rodinní lekári presadili viaceré opatrenia, ktoré spoločnosti zabezpečujú kvalitu starostlivosti.

Zdroj: Leopando Z, Siao W (osobná komunikácia)

hnacej sily procesu reformy zdravotníctva. Ideologická a finančná podpora od vlády patrí medzi najdôležitejšie faktory ovplyvňujúce rozvoj rodinného lekárstva.

História ukazuje, že hneď ako sa toto podarí dosiahnuť, zvyčajne nasleduje rýchly progres. Vláda a úrady pre oblasť zdravotníctva potrebujú dôkazy, ktoré potvrdzujú, že významnejšie miesto rodinného lekárstva pomáha zdravotným

BOX 5.5 Ako môžu rodinní lekári podporovať pozitívne vzťahy s vládnyimi úradmi

- Zapájať sa do dialógu o možnostiach v rámci reformy zdravotníctva;
- Zúčastňovať sa plánovania vlády pre oblasť zdravotníctva s cieľom zlepšiť primárnu zdravotnú starostlivosť;
- Komunikovať s úradmi a vzájomne si poskytovať informácie na účely plánovania na miestnej, regionálnej a národnej úrovni;
- Zúčastňovať sa aktivít na monitorovanie chorôb a komunitnú prevenciu;
- Pôsobiť ako styční dôstojníci pre oblasť zdravia na rôznych úrovniach verejnej správy;
- Spolupracovať s profesijnými združeniami a propagovať optimálne podmienky praxe rodinného lekárstva.

systémom poskytovať vysokokvalitnú, spravodlivú a nákladovo efektívnu starostlivosť. Zástupcovia vlády pre oblasť zdravia môžu mať možnosť poskytnúť cenné informácie pre plánovanie činností a vítajú partnerské vzťahy s miestnymi lekármi (*pozri* Box 5.4).

Vzťahy založené na spolupráci medzi rodinnými lekármi a miestnymi predstaviteľmi pre oblasť verejného zdravotníctva poskytujú možnosti na posilnenie väzieb medzi klinickou medicínou a komunitným zdravotníctvom. Stratégie na podporu pozitívnych vzťahov s úradmi sú uvedené v Boxe 5.5.

Každý z uvedených vzťahov tvorí základy vysokokvalitnej praxe rodinného lekárstva, mnohé ďalšie podmienky prispievajú k profesionálnemu rozvoju rodinných lekárov. Boxy 5.6, 5.7, 5.8, 5.9 a 5.10 uvádzajú iniciatívy z rôznych krajín, ktoré podporili rozvoj pozitívnych vzťahov.

V Spojenom kráľovstve je od r. 1948 zdravotná starostlivosť centrálné financovaná cez Národnú zdravotnú službu (National Health Service, NHS), ktorá poskytuje primárnu aj špecializovanú starostlivosť, ktorá je v mieste poskytovania do veľkej miery zdarma. Rodinní praktici poskytujú starostlivosť skupine pacientov, ktorí sa u nich zaregistrovali. Zvyčajne pôsobi v skupinách 4 až 6 lekárov – samozamestnávateľov. Lekári si najímajú sestry a ďalšie pridružené profesie a vykonávajú funkciu gatekeeperov pre špecializovanú starostlivosť. Nedávne reformy predstavujú širokú škálu národných iniciatív zameraných na zlepšenie, bola zavedená platba za niektoré výkony, ktorá teraz predstavuje približne 25 % príjmov rodinných praktických lekárov.¹⁴

BOX 5.6 Ako Nový Zéland zabezpečuje centrálnou vládou podporovaný a z daní financovaný zdravotný systém, kde vláda je dominantným platcom, s podporou siete organizácií.¹⁰

Siete organizácií zabezpečujú tieto oblasti:

- Správu
- Rozpočet
- Motivačné programy
- Spätné poskytovanie dát
- Oponentúru (peer review)
- Vzdelávanie
- Ľudské vzťahy
- Technickú podporu a zdroje pre zdravotnícke informácie

Siete organizácií sú dôležité (podobne ako v iných krajinách) a poskytujú podporné prostredie pre výkon rodinného lekárstva, pričom uplatňujú tímový prístup orientovaný na rodinu.

BOX 5.7 Reforma primárnej zdravotnej starostlivosti zriadením miestnych organizácií primárnej zdravotnej starostlivosti v Austrálii¹¹

Tieto organizácie podporujú ďalší rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti:

- Podporujú rozširovanie iniciatív ako národná akreditácia praxe;
- Zameriavajú sa na zlepšovanie kvality;
- Rozširujú multidisciplinárne tímy do všeobecnej praxe;
- Podporujú regionálnu integráciu;
- Využívajú informačné technológie;
- Umožňujú lepšiu dostupnosť starostlivosti.

5.2 VYTVÁRANIE PROFESIJNÝCH ORGANIZÁCIÍ RODINNÝCH LEKÁROV

Vo väčšine krajín, kde sa rozvinulo všeobecné praktické/rodinné lekárstvo, rodinní lekári založili profesijnú organizáciu pre rodinných lekárov. V tejto časti skúmame, ako vznikajú profesijné organizácie, prečo sú dôležité pre rozvoj rodinného lekárstva.

BOX 5.8 Všeobecná prax je základným kameňom primárnej zdravotnej starostlivosti v Dánsku¹²

Má 5 charakteristických základných komponentov:

1. Systém registra, v ktorom je priemerne takmer 1600 osôb v zozname typického všeobecného praktika (VP);
2. VP ako gatekeeper a poskytovateľ v prvej línii v tom zmysle, že od VP treba odosielať (výmenný) lístok k väčšine ambulantných špecialistov a vždy pre ambulantnú nemocničnú starostlivosť alebo pre hospitalizáciu;
3. Systém poskytovania starostlivosti po ambulantných hodinách, kde pôsobí VP na základe rotácie;
4. Kombinovaný systém kapitácie a platby za výkon;
5. VP sú samostatne zárobkovo činné osoby, majú zmluvu s verejným finančným subjektom, na základe národnej zmluvy, kde sú detaily nielen o službách a úhradách, ale aj o ambulantných hodinách a požadovanom postgraduálnom vzdelávaní.

BOX 5.9 Zdravotné systémy v Kanade na úrovni provincií a teritórií majú rôzne prístupy k posilňovaniu poskytovania primárnej starostlivosti¹

Reformné kroky primárnej starostlivosti uskutočnené v Kanade boli zamerané na:

- organizačnú infraštruktúru;
- platby poskytovateľovi;
- pracovnú silu v zdravotníctve;
- kvalitu a bezpečnosť.

Tímy a siete primárnej starostlivosti, kde pôsobia viacerí lekári v súčinnosti s ďalšími poskytovateľmi, sa v určitých provinciách veľmi rozšírili. Môžu sa však líšiť v nasledujúcich oblastiach:

- platby lekárom;
- včlenenie iných poskytovateľov;
- formálna registrácia pacientov.

Rodinné lekárstvo je čoraz atraktívnejšie pre absolventov medicíny, pričom tento trend je podľa všetkého ovplyvnený novým modelom platieb lekárom, zvyšuje počet poskytovateľov primárnej starostlivosti a je sprevádzaný úsilím lepšie integrovať do klinickej praxe poskytovateľov, ktorí nie sú lekármi.

BOX 5.10 Nedávne inovácie v reformách holandského zdravotníctva¹³

- Zavedenie súkromného poistenia na základe princípov zdravotnej starostlivosti postavenej na primárnej starostlivosti pre všetkých občanov bez ohľadu na ich finančnú situáciu, zamestnanie alebo zdravotný stav;
- Zavedenie spolupráce v primárnej starostlivosti pre poskytovanie služieb po úradných hodinách a pri manažmente chronických ochorení;
- Budovanie tímov primárnej starostlivosti vrátane sestier v rámci praxe.

Tieto inovácie boli zavedené popri existujúcej silnej tradícii rodinného lekárstva v primárnej starostlivosti s definovanými populáciami na základe patientskych panelov, výskumu založenom na praxi, medicíne založenej na dôkazoch, na rozsiahlom využívaní počítačov a na silnej informatike v primárnej zdravotnej starostlivosti.

Aký druh profesijnej organizácie?

Profesijné organizácie rodinných lekárov v rôznych krajinách majú rôzne názvy a funkcie. Môžu sa nazývať združenia, asociácie, spoločnosti, kolégiá alebo akademie. Na názve nezáleží, dôležitá je funkcia organizácie. V jednej krajine môžu byť rôzne typy organizácií rodinného lekárstva a môžu mať rôzne funkcie, napríklad aj politické funkcie ako združovanie v odboroch a umožňovanie vytvárania sietí.

Fakulty vysokých škôl by mali byť štandardným prostredím, s akreditáciou a hodnotením a mali by poskytovať re-akreditáciu v súlade s pravidlami platiacimi aj pre iné medicínske špecializácie. Bez toho nemožno rodinné lekárstvo ponímať ako špecializačný odbor popri iných medicínskych špecializáciách. Akreditovanú fakultu vysokej školy zvyčajne musí uznať medicínska rada danej krajiny.

Národné alebo regionálne organizácie rodinných lekárov často začínajú ako prostriedok na vytvorenie siete, organizovanie a sprostredkovanie komunikácie medzi rodinnými lekármi v určitej geografickej oblasti. V niektorých krajinách sú všetky funkcie organizované prostredníctvom jednej jednotnej organizácie. Inde majú viaceré organizácie, ktoré môžu plniť rôzne funkcie a vzájomne sa dopĺňať. V Spojenom kráľovstve politické, certifikačné a akademické funkcie sú úlohou Royal College of General Practitioners. Naproti tomu v USA sú viaceré

organizácie: American Academy of Family Physicians, American Board of Family Practice a Society of Teachers of Family Medicine, pričom každá z nich má zadefinované vlastné úlohy.

Prečo vytvoriť profesijnú organizáciu?

Organizácie rodinného lekárstva majú za úlohu dvíhať štandard starostlivosti o pacientov a komunity. To je ich spoločná téma a najväčší úspech dosiahli vtedy, keď ich prvoradým záujmom bola zodpovednosť a povinnosti voči pacientom a komunite. Napríklad poslanie Royal College of General Practitioners je „povzbudzovať, podporovať a udržiavať čo najvyšší štandard všeobecnej medicínskej praxe.“

Ďalším významným cieľom profesijnej organizácie je etablovanie rodinného lekárstva ako samostatného odboru, rovnako dôležitého a s rovnakým postavením ako iné medicínske špecializačné odbory – inými slovami, ako plno-právnej samostatnej akademickej disciplíny. S tým súvisí podporovanie rozvoja akademických katedier alebo fakúlt rodinného lekárstva na vysokých školách a ich uznanie národnou autoritou, ktorá akredituje medicínske odbory. Profesionálna organizácia môže plniť ústrednú úlohu pri vytváraní pozitívnych vzťahov s politikmi, úradmi pre oblasť zdravotníctva, odbornými kolégiami, lekáorskými fakultami a verejnosťou. Profesionálne združenia tiež môžu zabezpečiť zdôvodnenie a podporu verejnosti na získanie financovania na vytvorenie akademických oddelení na lekáorských fakultách, programy na vzdelávanie pedagógov a modelovať rodinnú prax v rámci komunity.

Združenia rodinného lekárstva sú zdrojom bohatých odborných poznatkov užitočných pre rozvoj špecializácie. Umožňujú nájsť kolegov so spoločnými záujmami a pre spoluprácu na spoločných komunitných a výskumných projektoch. Miestne, regionálne, národne a medzinárodné siete rodinného lekárstva umožňujú kolegom rozvíjať špecifické aspekty špecializácie ako výučba, výskum alebo zlepšovanie kvality.

Ďalšia dôležitá činnosť profesionálnych organizácií je príprava absolventov v odbore, ktorí si zvolili, a garantovanie riadneho výcviku. Kým nebudú zavedené a etablované národné štandardy, budú existovať nejasnosti, pokiaľ ide o identitu a zručnosti rodinných lekárov. Národné organizácie môžu mať významný vplyv na vzdelávacie programy tým, že ustanovia minimálne požiadavky a základné kompetencie pre certifikáciu.¹⁵

Profesijné združenia rodinného lekárstva môžu dohliadať na proces certifikácie alebo certifikačné orgány môžu byť organizované nezávisle. Je niekoľko prístupov k certifikácii.¹⁶ Dajú sa rozdeliť do dvoch kategórií: (1) splňanie zadaných štandardov výkonu profesie v kontexte rodinnej praxe alebo (2) absolvovanie skúšok. Austrálske spoločnosti Royal New Zealand College of General Practitioners a Royal Australian College of General Practitioners ponúkajú kandidátom možnosti kvalifikovať sa prostredníctvom klinického výcviku a skúšok alebo cestou preukázania kompetentnosti na výkon praxe.

Existujú krajiny, kde sú štandardy pre výcvik, certifikáciu a recertifikáciu rodinných lekárov prísnejšie ako pre niektoré iné medicínske špecializácie. Certifikačný proces rodinných lekárov môže zahŕňať metódy ako napríklad posúdenie vyšetrovacích a komunikačných zručností, zručností riadenia praxe, etické normy, spokojnosť pacientov a audit lekárskeho záznamu. Sú krajiny, kde rodinní lekári, aby si udržali certifikát, musia splniť určitý minimálny počet hodín kontinuálneho medicínskeho vzdelávania za rok. American Board of Family Practice v USA bola prvá odborná spoločnosť, ktorá vyžadovala od svojich členov absolvovanie recertifikačných skúšok každých 7 rokov.

Poskytovanie náležitého kontinuálneho medicínskeho vzdelávania pre rodinných lekárov je ďalšia významná služba národných asociácií. Ich činnosti zahŕňajú vzdelávacie programy, ako aj certifikáciu potvrdzujúcu, že vzdelávacie aktivity sú dobre naprojektované a náležité pre zdokonaľovanie zručností rodinných lekárov. Práve táto funkcia je dôležitá, pretože nenáležité vzdelávacie aktivity môžu mať za cieľ presvedčiť rodinných lekárov, aby používali určité konkrétne produkty alebo uplatňovali neopodstatnené odosielanie pacientov k iným zdrojom starostlivosti.

Kedy by sa mala založiť profesijná organizácia?

Vytvorenie organizácie rodinného lekárstva závisí od vývoja a od potrebného počtu zameraných rodinných lekárov. Keď rodinní lekári vedia pracovať spolu, majú spoločné ciele a jasnú predstavu o rodinnom lekárstve ako medzinárodne uznávanej disciplíne, ktorá môže plniť významnú úlohu v ich krajine, sú pripravení vytvoriť efektívnu organizáciu.

Na vytvorenie organizácie nie je nevyhnutný veľký počet všeobecných lekárov. Royal College of General Practitioners je organizácia, ktorá vznikla v r. 1952 z riadiaceho výboru, ktorý mal len 16 členov.^{15, 17} Produktívna orga-

nizácia však potrebuje členov, ktorí svojím členstvom a členskými poplatkami podpora začínajúcu organizáciu. Zvyčajne treba niekoľko sto členov. Organizácia Royal College of General Practitioners sa dobre rozbehla potom, ako bolo ponúknuté zakladajúce členstvo etablovaným všeobecným lekárom, ktorí spĺňali kritériá, a v priebehu prvých 6 týždňov členstvo prijalo 1655 lekárov.

Nie je nevyhnutné, aby sa všetci, ktorí spĺňajú kritériá, stali členmi. Existujú organizácie, kde členmi sú takmer všetci lekári v krajine, ktorí spĺňajú kritériá, ale sú aj krajiny, kde členmi organizácie je len jedna tretina alebo polovica lekárov, ktorí spĺňajú kritériá. Závisí to aj od typu organizácie. V prípade kolégia, ktoré vydáva akreditácie a reakreditácie, je možno potrebné, aby všetci plno-právni členovia boli kvalifikovaní špecialisti v odbore rodinného lekárstva.

Kto sa môže stať členom organizácie rodinného lekárstva?

Dôležitá otázka je, kto by mal byť členom a kto by mal viesť organizáciu rodinného lekárstva. Také organizácie budú mať vplyv na prax rodinného lekárstva, ak budú praktizujúci rodinní lekári príslušnej krajiny ich členmi a budú ich viesť.

Otázka, ktorú treba riešiť hneď na začiatku zakladania organizácie, je otázka podmienok pre členstvo. Novozaložené kolégiá, asociácie alebo spoločnosti väčšinou spočiatku prijímajú za členov akýchkoľvek rodinných lekárov, ktorí sú ochotní prijať záväzok zaplatiť vstupný poplatok. Postupom času sa špecializácia profiluje a členstvo sa môže podmieňovať certifikáciou alebo inou podmienkou.

Primárna starostlivosť čoraz viac nadobúda multi-profesijný charakter a určité kolégiá a združenia rodinných lekárov prijímajú za členov sestry primárnej starostlivosti a iných zdravotníkov primárnej starostlivosti. Jedna z prvých organizácií s touto praxou je v Maďarsku.¹⁸ Society of Teachers of Family Medicine v USA akceptuje akéhokoľvek učiteľa rodinného lekárstva, vrátane sestier, psychológov a antropológov.

Ako vytvoriť organizáciu rodinného lekárstva

Ako začínajú organizácie rodinného lekárstva? Musí to byť iniciatíva samotných rodinných lekárov, aby na jednej strane preukázali nezávislosť, a na druhej strane si vytvorili káder vedúcich osobností rodinného lekárstva, ktoré môžu

BOX 5.11 Napredovanie rodinného lekárstva a zdravotnej starostlivosti v Poľsku

V Poľsku v r. 1991 vznikla pracovná skupina rodinných lekárov s cieľom posilniť rodinné lekárstvo a zlepšiť kvalitu a efektívnosť primárnej starostlivosti. Skupina bola v Škole verejného zdravotníctva v Krakove, ale pracovala pre Ministerstvo zdravotníctva, skúmala náplň práce a povinnosti rodinných lekárov v iných krajinách. Pripravila návrh dokumentu o povinnostiach rodinných lekárov v Poľsku. Návrh bol predložený na verejné pripomienkovanie a konečná verzia bola predložená na schválenie Národnému kolégium rodinných lekárov a Ministerstvu zdravotníctva. Dokument definuje oblasti kompetencií rodinných praktických lekárov v súvislosti s prevenciou, diagnostikou, liečbou a rehabilitáciou, pričom oddelil povinnosti rodinného lekára od povinností iných špecialistov. Tento dokument predstavuje oficiálny základ pre rodinné lekárstvo a pre určenie rozsahu príslušných vzdelávacích programov.

Kolégium rodinných lekárov v Poľsku založilo v r. 1992 34 osôb, medzi ktorými boli aj členovia parlamentu, administrátori zdravotnej starostlivosti, akademici, komunitní vodcovia a lekári vykonávajúci prax. Podľa stanov Kolégium prijíma za členov len lekárov, ktorí majú diplom o ukončení štúdia rodinného lekárstva.

Bol vypracovaný strategický plán na vytvorenie odborov rodinného lekárstva, rezidenčných študijných programov a na podporu rozvoja praxe rodinného lekárstva.

pôsobiť ako model úlohy rodinného lekára. Vodcami sú spravidla charizmatickí rodinní lekári orientovaní na službu, ktorí majú jasnú víziu a výrazný zmysel pre účel. Tieto osobnosti spravidla majú schopnosť úspešne posúvať veci dopredu na miestnej úrovni. Môžu, ale nemusia mať akademickú kariéru. Kľúčové charakteristiky vodcovstva v profesijných organizáciách sú: mať víziu, schopnosť dobre hovoriť a písať, organizačné zručnosti a zanietenosť pre vec.

V určitých krajinách začínajúca organizácia možno bude potrebovať podporu alebo pomoc od vlády. Minister zdravotníctva môže byť nápomocný. Každá organizácia však bude fungovať v rámci kultúry a politického systému danej krajiny, z dlhodobého hľadiska je však užitočné, aby tieto organizácie boli úplne nezávislé od vlády. Ako príklad možno uviesť Kolégium rodinných lekárov v Poľsku. Ako tento vývoj posilnil a zlepšil rodinné lekárstvo a zdravotnú starostlivosť v Poľsku, uvádzame v Boxe 5.11.

Úspech počas prvých niekoľkých rokov viedol k ďalšiemu napredovaniu rodinného lekárstva. Prvý odborný časopis pre poľských rodinných lekárov, *Lekarz Rodzinny*, začal vychádzať v r. 1996 ako nástroj kontinuálneho vzdelávania a diskusné fórum na výmenu skúseností. Časopis je mesačník a má viac ako 6000 predplatiteľov a je medzi rodinnými lekármi rozšírený.

V súčasnosti je v Poľsku viac ako 5000 lekárov s diplomom z rodinného lekárstva a viac ako 25 % obyvateľov Poľska využíva starostlivosť rodinných lekárov. Viac ako 80 % vyškolených rodinných lekárov sú členmi Kolégia rodinných lekárov, organizácie, ktorá hrá vedúcu úlohu v uplatňovaní rodinného lekárstva a v reforme zdravotného systému.

Európska únia poskytla 14 miliónov US\$ na podporu vytvorenia 9 univerzitných katedier ako regionálnych školiacich jednotiek pre rodinných lekárov a na zabezpečenie počiatočných školení a konzultácií od pracovníkov v západnej Európe. Úver od Svetovej banky pomohol financovať vytvorenie ďalších 3 katedier a 600 praxí. Moderné praxe rodinných lekárov začali fungovať koncom r. 1995 a ku koncu roka bolo jasné, že boli efektívnejšie a účinnejšie ako starý model. Štúdie ukázali, že pacienti ich vo veľkej miere akceptujú.

Rodinné lekárstvo v Poľsku sa stalo uznanou samostatnou medicínskou špecializáciou v r. 1996 a uznala ju nielen vláda, ale aj autonómna univerzita, ktorá zaviedla rodinné lekárstvo ako predmet, ktorý sa vyučuje počas základného štúdia medicíny.

Zdroj: Windak A (osobná komunikácia)

Jedna z otázok, ktorú treba zvážiť, je, či by vznikajúca organizácia rodinného lekárstva mala byť nezávislým orgánom alebo by mala začať ako pobočka organizácie špecialistov. Každá alternatíva má výhody aj nevýhody. Stať sa pobočkou etablovanej odbornej organizácie špecialistov prináša výhodu ľahších začiatkov, okamžitého prístupu k pracovníkom, ako sú manažéri, pracovníci pre styk s verejnosťou a pracovníci pre finančné záležitosti. To môže znamenať úsporu nákladov napríklad na zriadenie sídla organizácie v drahejšej budove v hlavnom meste. Na druhej strane, toto riešenie môže sprevádzať pocit závislosti. Založenie novej organizácie si však vyžaduje veľa práce: treba vytvoriť nové systémy takmer pre všetko, prenajať priestory, získať financie na prípadnú kúpu priestorov, financovanie cestovných nákladov a výdavkov na zamestnancov, najmä v prvých rokoch existencie. Výhody sú samostatnosť, samospráva a z dlhodobého pohľadu pravdepodobnosť nadobudnutia väčšieho vplyvu.

Kde by mala sídlieť profesijná organizácia?

Profesijné organizácie sú zvyčajne viazané na krajinu, v ktorej pôsobia. Pre menšie krajiny môže byť výhodnejšie kombinovať zdroje a mať kolégium, ktoré presahuje jedinú krajinu, napríklad Karibské kolégium rodinných lekárov (www.caribgp.org).

Pre väčšinu organizácií rodinného lekárstva sa osvedčilo zriadiť sídlo v hlavnom meste krajiny, pretože politická moc je zvyčajne situovaná v hlavnom meste, kde sú aj ministerstvá, štátni zamestnanci a lídri iných odborných zoskupení, a teda sú tam lepšie možnosti na ovplyvňovanie politiky.

5.3 FINANCOVANIE SLUŽIEB PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A RODINNÝCH LEKÁROV

Dá sa predpokladať, že uskutočňovanie zdravotnej politiky vlády a zdravotných iniciatív bude úspešné len vtedy, keď budú zdravotné systémy racionálne financované, aby sa dosiahli prioritné ciele. Prioritný cieľ primárnej zdravotnej starostlivosti je poskytnúť ľahký prístup k základným zdravotným službám všetkým obyvateľom s čo najmenšou mierou finančných bariér. V každej krajine alebo každom systéme zdravotnej starostlivosti môže byť niekoľko možností platieb pre lekárov. Možnosti zahŕňajú platby za výkon, platy, kapitачné platby, integrovanú kapitáciu a kombinovaný systém platieb. Výhody a nevýhody jednotlivých možností sa môžu meniť v závislosti od toho, čo sa berie do úvahy v danej krajine, ale napriek tomu je možné určité zovšeobecnenie aspektov hlavného systému platieb.

Platba za služby

V systéme platieb za služby (fee-for-service) sa lekárom platí určitá suma peňazí za každú poskytnutú službu alebo činnosť.¹⁹ Systémy platieb za služby sú zorganizované na základe katalógu činností/výkonov s ohodnotením za jednotlivé činnosti/výkony a klasifikujú ich s rôznou mierou presnosti.²⁰ Pri uplatňovaní tohto systému sa dá ovplyvňovať lekárska prax tým, že sa selektívne upravujú poplatky za jednotlivé činnosti/výkony v katalógu tak, že lekári dostávajú zaplatené alebo dostávajú zaplatené relatívne viac za služby považované za efektívne. Napríklad platby za skríningové úkony alebo preventívne služby sa môžu zvýšiť

s cieľom stimulovať tieto služby²¹. Platby za výkon umožňujú lekárom flexibilne reagovať na vnímané potreby pacientov a previazať finančné platby priamo s týmito činnosťami. Určité zdravotné systémy, ktoré principiálne uplatňovali platby za výkon, zažili špirálový rast nákladov v dôsledku neobmedzeného stimulu platiť za každú poskytnutú službu.

Nedávna štúdia zistila, že lekári s vlastnou praxou v Britskej Kolumbii v Kanade najnovšie preferujú alternatívy k modelom platieb za služby. Tieto modely sa vnímajú ako menej frustrujúce pri účtovaní, priniesli zlepšenie kvality pracovného života a lepšiu kvalitu starostlivosti pre pacienta.²²

V zdravotných systémoch financovaných na základe platieb za služby pacienti môžu a nemusia byť registrovaní u konkrétnych lekárov primárnej starostlivosti. Navyše, platby za služby sa môžu spájať s relatívne vyššími platbami za diagnostické úkony a medicínske postupy, ale s relatívne nižšími úhradami za „kognitívne“ služby ako poradenstvo a usmerňovanie pacientov, čo je zvyčajne charakteristická črta praxe rodinného lekára. V dôsledku toho takýto finančný systém neposilňuje funkcie rodinného lekára, ktoré majú zabezpečovať kontinuálnu, koordinovanú a komplexnú starostlivosť.²³

Napriek viacerým nedostatkom sa systém platieb za služby stále vníma a zachováva ako model odmeňovania za mnohé lekárske služby.²⁴

Plat

Keď lekári dostávajú plat, majú zmluvne dohodnutú konkrétnu sumu peňazí za určený odpracovaný čas alebo za počet pacientov. Rodinní lekári pobierajúci plat dokážu skombinovať mnohé úlohy v rámci primárnej starostlivosti s inými povinnosťami v administratíve alebo verejnom zdravotníctve.²⁵ Pacienti môžu, ale nemusia byť registrovaní u konkrétneho rodinného lekára. Ak je úroveň odmeňovania relatívne nízka, môže to mať nepriaznivý vplyv na morálku. Navyše, pri systéme fixného platu rodinní lekári nedostávajú ďalšie platby za prekročenie požadovaného rozsahu práce. To môže podkopávať efektívnosť a fungovanie systému, najmä v prípadoch, keď má lekár možnosť lepšie zarobiť v súkromnom sektore.²³

Kapitačné platby

V systéme založenom na kapitačných platbách lekár dostáva konkrétnu sumu peňazí za poskytovanie kontinuálnej starostlivosti osobe alebo skupine osôb za

určité obdobie, bez ohľadu na to, v akom rozsahu boli služby využité.^{21, 28} V prípade primárnej starostlivosti závisí systém od pacientov registrovaných u rodinného lekára alebo u skupiny rodinných lekárov, spomedzi ktorých si pacient môže vyberať. Splatná suma je zvyčajne fixná a viazaná na nejakú jednotku, napríklad mesiac, a platí sa pred príslušným obdobím. Táto suma predstavuje odhadovanú cenu poskytovania služieb na pokrytie všetkých zdravotných potrieb pacienta za dané obdobie.²⁶

Kapitačné platby prinášajú rodinným lekárom určité výhody. Táto metóda financovania si vyžaduje registráciu pacientov u konkrétneho lekára alebo u skupiny lekárov. V dôsledku toho registre pacientov spojené s kapitačným systémom dávajú rodinným lekárom ústrednú úlohu v starostlivosti o pacientove bežné zdravotné problémy a tiež pri koordinácii sekundárnej a terciárnej starostlivosti. Kapitačné systémy poskytujú rodinným lekárom fixný rozpočet na zaplatenie pracovníkov a kúpu prístrojov či zariadení, pričom eliminujú administratívnu záťaž spôsobenú posielaním faktúr a sledovaním úhrad za každú poskytnutú službu. Kapitačné systémy podporujú rozvíjanie partnerstiev na zdieľanie finančného rizika. V Spojenom kráľovstve, kde kapitačné platby predstavujú významnú zložku príjmu rodinných lekárov, veľmi málo rodinných lekárov pracuje v samostatnej praxi.²⁷ Skupiny lekárov si obvykle organizujú pokrytie služieb pre svojich pacientov po ambulantných hodinách a združujú sa v družstvách alebo spolupracujú s komerčnými službami.²⁸

Systém kapitačných platieb platí rodinným lekárom fixnú platbu bez ohľadu na to, či pacienta navštívili, vyšetrili alebo mu poskytli nákladnejšiu službu.

To môže byť demotivujúce pre rodinných lekárov, ktorí by chceli rozšíriť rozsah svojej praxe. Len málo systémov, ak vôbec sú také, sa spolieha výlučne na kapitačné platby pre rodinných lekárov.²³

V štúdií pacientov s hypertenziou v Ontariu, Kanade, sa zistili rozdiely v liečbe a v miere kontroly hypertenzie u pacientov. Lekári s kapitáciou poskytovali lepšiu liečbu a lepšie kontrolovali ochorenie v porovnaní s lekármi, ktorí poberali plat alebo boli platení za výkon.²⁹

Integrovaná kapitácia

V integrovanom kapitačnom systéme sú platby za služby poskytnuté rôznymi poskytovateľmi alebo na rôznych úrovniach starostlivosti inkorporované do definovanej sumy peňazí. Integrovaná kapitácia sa od jednoduchej kapitácie

odlišuje inkorporovaním platieb na pokrytie špecifických ďalších výdavkov na úhradu, napr. liekov, diagnostiky a určitých oblastí sekundárnej zdravotnej starostlivosti.³⁰ Nemocničná starostlivosť sa môže zahrnúť do integrovanej kapitačnej zmluvy a poskytovať ju môže väčšia skupina, ako napr. v USA organizácie na udržiavanie zdravia,³¹ alebo ju môžu nakupovať priamo rodinní lekári. Integrovaná kapitácia podporuje kontinuitu starostlivosti, interdisciplinárnu koordináciu, preventívne služby a starostlivosť o pacientov s chronickými ochoreniami, pričom umožňuje udržať náklady v určitých medziach.²³

V Belgicku Federálne znalostné centrum zdravotnej starostlivosti realizovalo štúdiu, ktorá ukázala, že v porovnaní s praxami financovanými na základe platieb za výkon komunitné zdravotné strediská financované na základe integrovanej kapitácie boli dostupnejšie, najmä pre sociálne zraniteľné skupiny obyvateľov. Neboli u nich zistené žiadne známky rizika uprednostňovania na základe sociálneho statusu. Navyše, pokiaľ ide o kvalitu, výkonnosť rodinných lekárov v kapitačnom systéme bola prinajhoršom rovnaká ako výkonnosť v systéme platieb za výkon. Avšak rozdiely, ktoré sa v štúdiu zistili, poukazovali na to, že vyššia kvalita bola v kapitačnom systéme: lepšia výkonnosť pri predpisovaní antibiotík, lepšie preventívne služby, nákladovo efektívnejšie predpisovanie liekov.⁶⁷

Integrovaná kapitácia sa viaže na zoznam pacientov registrovaných u rodinného lekára. Na rodinných lekárov tento systém vyvíja dosť veľký tlak, aby u pacientov redukovali prístup k drahým vyšetreniam a aby redukovali odosielanie do sektora sekundárnej a terciárnej starostlivosti.²³

Tento systém môže spôsobovať uprednostňovanie pacientov s nízkym zdravotným rizikom a odmietanie pacientov s vysokým zdravotným rizikom. Kontinuita starostlivosti a interdisciplinárna koordinácia môže byť lepšia, lebo lekárom sa poskytujú stimuly za manažment choroby prekračujúci hranice primárnej starostlivosti.

Kombinované platobné systémy

Každý platobný systém v zdravotnej starostlivosti má určité nevýhody, a preto viaceré krajiny využívajú kombinované platobné systémy (*pozri* Box 5.12). Kompozitné systémy často zahŕňajú základnú platbu, zvyčajne kapitáciu alebo plat, s ďalšími stimulačnými platbami alebo príplatkami na podporu vybraných klinických činností. Cieľové platby sa môžu uplatniť ako stimuly na poskyto-

BOX 5.12 Iniciatíva Bamako³²

V určitých komunitách prijali miestni ľudia väčšiu zodpovednosť za smerovanie a financovanie zdravotného systému. Prostredníctvom iniciatívy Bamako z roku 1987 mnohé africké krajiny zistili, že kombinácia užívateľských poplatkov a verejných financií by mohla viesť k zlepšeniu kvality služieb primárnej starostlivosti. Následné skúmanie ukázalo, že v určitých prípadoch iniciatíva generovala ďalšie finančné prostriedky a zvýšila kvalitu a využitie služieb dokonca aj medzi veľmi chudobnými. Ale pre určité skupiny aj minimálne poplatky predstavovali prekážky, ktoré bolo treba vyriešiť, aby bola dosiahnutá spravodlivosť v dostupnosti. Svetová správa o zdraví 2010 Svetovej zdravotníckej organizácie odporúčala zníženie platieb od pacientov ako optimálny spôsob zabezpečenia všeobecnej dostupnosti služieb zdravotnej starostlivosti.³³

vanie určitých typov služieb ako očkovanie alebo častejšie návštevy pacientov s chronickým ochorením, napr. diabetes. Doplnujúce platby sa môžu uplatňovať ako odmena pre rodinných lekárov alebo praxe, ktoré poskytujú služby navyše alebo mimo bežných ambulantných hodín, napr. ambulancia je otvorená vo večerných hodinách alebo cez víkend, alebo za skupinové zdravotné vzdelávanie alebo poskytovanie služieb znevýhodneným.

Platba za dosiahnuté výsledky výkonov (P4P)

Existujú krajiny, kde sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti platení za výkon, hodnotený na základe dosiahnutých výsledkov (pay-for-performance, P4P) vo vybraných oblastiach starostlivosti. V Spojenom kráľovstve rôzne oblasti zamerané na kvalitu a výkon prispeli k tomuto platobnému systému a vytvorili sa ukazovatele na hodnotenie stupňa „výkonnosti“ v ambulantnej klinickej praxi. Hodnotenie ukázalo, že kvalita starostlivosti pri ochoreniach zahrnutých do programu sa počas prvého roka zlepšila rýchlejšie ako pred intervenciou, a následne sa odrazila v rýchlejšom zlepšení stavu pacientov v týchto vybraných parametroch. V určitých oblastiach sa dosiahlo mierne nákladovo efektívne zníženie úmrtnosti a hospitalizácií. V chudobných znevýhodnených oblastiach sa dosiahli horšie výsledky ako v bohatších rozvinutejších. Ale podľa názoru

lekárov a sestier tento platobný systém mal negatívny vplyv na orientáciu starostlivosti na pacienta a na jej kontinuitu. Aj z pohľadu pacientov sa znížila ich miera spokojnosti s kontinuitou starostlivosti a v ostatných charakteristikách podľa skúseností pacientov boli zaznamenané iba malé zmeny. Pozorované zlepšenie kvality starostlivosti o chronických pacientov bolo skromné. Organizácie zdravotnej starostlivosti by mali byť obozretné, pokiaľ ide o prínosy podobných systémov.⁶⁸

Hľadanie najlepšej alternatívy

Neexistuje jediná ideálna metóda odmeňovania rodinných lekárov, ktorá by podporovala každý aspekt kontinuálnej, vysokokvalitnej primárnej starostlivosti. Výhody a nevýhody každej platobnej metódy analyzovala skupina 57 delegátov z 56 krajín,³⁴ ktorí zistili, že k tejto problematike je príliš málo literatúry, ale dospeli k záveru, že najefektívnejší môže byť zmiešaný platobný systém.

Rodinní lekári sú možno najlepšie financovaní, keď sú podporovaní ako komponent služieb komplexnej primárnej starostlivosti a prostredníctvom kombinácie kapitácie a platu, plus cielených platieb na podporu konkrétnych služieb. Spravodlivosť sa dosahuje vtedy, keď sú systémy primárnej starostlivosti financované tak, aby celá populácia mala bezprostredný prístup k službám bez obmedzujúcich finančných bariér v prípade esenciálnej starostlivosti. Box 5.13

BOX 5.13 Stratégie financovania zlepšujúce služby primárnej starostlivosti

- Zabezpečovať dostatočné financovanie na podporu silnej infraštruktúry primárnej starostlivosti
- Minimalizovať finančné bariéry v dostupnosti základných zdravotných služieb
- Poskytovať finančné a iné stimuly na získanie rodinných lekárov do oblastí, kde sú najviac potrební
- Využívať kombináciu platobných metód na podporu a odmeňovanie vysokokvalitných, komplexných a spravodlivých služieb primárnej starostlivosti
- Merať výkonnosť/výsledky a poskytovať stimuly na cielené služby, napr. na preventívnu zdravotnú starostlivosť

uvádza stratégie financovania, ktoré by mohli zlepšiť kvalitu a komplexnosť služieb primárnej starostlivosti.

5.4 LEPŠIA DOSTUPNOSŤ PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI

Cieľ poskytovať spravodlivo dostupnú zdravotnú starostlivosť všetkým má vplyv na politiku pracovných síl v zdravotníctve, nábor a prípravu rodinných lekárov. Keď si lekár môže vybrať, kde bude mať svoju prax, zvyčajne si vyberá prostredie, ktoré pozná, kde má rodinu alebo priateľov, alebo kde sú dobré sociálne, kultúrne ekonomické a študijné možnosti. Príprava a nábor rodinných lekárov a ďalších zdravotníkov, ktorí by poskytovali starostlivosť znevýhodneným – tým, čo nemajú prístup k službám esenciálnej zdravotnej starostlivosti pre finančné, geografické, etnické, rasové alebo iné prekážky – predstavuje osobitný problém.

Ťažké pracovné podmienky vrátane chudoby, obmedzené možnosti vzdelávať alebo zamestnať sa a vysoká kriminalita často charakterizujú znevýhodnené vidiecke alebo mestské komunity. Znevýhodnené osoby sú často chudobné a chudoba je rizikový faktor zdravia, a tak znevýhodnení často trpia neprimerane vyššou morbiditou a predčasnou mortalitou.

Veľký podiel svetovej populácie žije vo vidieckych oblastiach a vzdialené komunity majú zvyčajne horší zdravotný stav ako mestské obyvateľstvo. Často zdravotný stav skupín so špeciálnymi potrebami, napr. žien alebo starších, alebo domorodých ľudí, je horší vo vidieckych ako v metropolitných oblastiach. Napriek tomu takmer všade na svete majú zdravotné služby na vidieku menej zdrojov a pracovníkov ako zdravotné služby v meste. Nedostatok zdravotníkov vo vidieckych oblastiach všade vo svete často spôsobuje, že tí, čo na vidieku pôsobia, sú prepracovaní a izolovaní, čo znásobuje problémy so získavaním a udržaním zdravotníkov v týchto oblastiach.

Rodinní lekári sú pripravovaní na poskytovanie služieb komplexnej zdravotnej starostlivosti, vedia pracovať ako koordinátori a lídri v primárnej starostlivosti, ich prítomnosť garantuje poskytovanie komplexnej škály zdravotných služieb. V oblastiach, kde iní zdravotníci poskytujú väčšinu primárnej starostlivosti, integrovanie rodinných lekárov do tímov podporí rozsah a kvalitu zdravotných služieb poskytovaných na miestnej úrovni. Cílené stratégie a stimuly sú potrebné na zabezpečenie náboru rodinných lekárov a ďalších zdravotníkov

pre prácu v znevýhodnených oblastiach, ak sa má dosiahnuť cieľ – všeobecný prístup k primárnej starostlivosti pre všetkých.

Získavanie rodinných lekárov pre prácu v znevýhodnených oblastiach

Na získanie a prípravu pracovníkov zdravotnej starostlivosti pre prácu v znevýhodnených komunitách treba cieleňé náborové programy. Študenti medicíny, ktorí sami pochádzajú zo znevýhodnených populácií alebo nejaký čas žili a pracovali v oblastiach s takou populáciou, skôr budú nakoniec vykonávať prax v týchto oblastiach. Vzhľadom na to, že oblasti so znevýhodnenými populáciami možno nedokážu študentom ponúknuť rovnaké možnosti vzdelania, budú potrebné špeciálne programy, ktoré pritiahnu mladých ľudí z týchto oblastí k povolaniam v medicínskej oblasti a pripravia ich na náročné štúdium medicíny. Ďalší spôsob, ako pritiahnuť zdravotníkov k pôsobeniu v znevýhodnených oblastiach, je zabezpečiť pre nich určitú dobu praktického výcviku v dotknutých oblastiach. Ak študenti alebo absolventi v rezidentskom programe zistia, že také skúsenosti sú podnetné, motivujúce a naplňujú ich, skôr budú uvažovať o svojej profesionálnej budúcnosti v týchto oblastiach, najmä ak budú podporení aj stimulmi.

Školenie v rámci siete Health Equity Network (www.thenetcommunity.org) spája školy medicíny, ktoré vynakladajú osobitné úsilie na získavanie študentov medicíny zo vzdialených a nedostatočne vybavených oblastí, aby vedeli lepšie reagovať na potreby dotknutých komunit. To je príklad opatrenia, ktoré kladie dôraz na to, aby inštitúcie zodpovedné za vzdelávanie medicínskych a iných zdravotníckych profesií konali spoločensky zodpovedným spôsobom.⁶⁹

Stimuly a podmieňovacie požiadavky pri práci v znevýhodnených oblastiach

Finančné stimuly a podmieňovanie vzdelávania alebo poskytovania starostlivosti sú bežnou stratégiou na zvýšenie záujmu zdravotníkov o prácu v znevýhodnených oblastiach. Existujú krajiny, kde sa podmieňovanie uplatňuje na všetkých študentov medicíny. Absolventi, od ktorých sa vyžaduje prax určitej požadovanej dĺžky v znevýhodnených oblastiach, ak neabsolvovali náležitý výcvik a nedostávajú potrebnú podporu pri pôsobení v rámci praxe všeobecného lekára, môžu poskytovať starostlivosť nízkej kvality a znevýhodnenú oblasť opustia, akonáhle skončí doba ich povinnej služby.

Jedna zo stratégií na získavanie rodinných lekárov pre prácu v znevýhodnených oblastiach je zvýšiť platby alebo platy za poskytovanie starostlivosti v takých komunitách. V krajinách, kde si lekári musia požičiavať peniaze na financovanie svojho vzdelania, sa často využívajú programy splatenia pôžičky, ak mladý lekár pôjde pracovať do znevýhodnenej oblasti. Pôžičky sa zvyčajne splatia proporcionálne k počtu rokov, ktoré lekár odpracuje v oblasti, kde je potrebný. Keď zdravotníci už začnú pracovať v takých oblastiach, často zistia, že práca ich naplňa a sú ochotní prijať aj dlhodobejší záväzok. Finančné stratégie a požiadavky na vzdelanie alebo službu sú najefektívnejšie, keď sú integrované s celkovými systémami financovania služieb zdravotnej starostlivosti pre chudobné a zraniteľné skupiny obyvateľov.

Podpora rodinných lekárov v znevýhodnených oblastiach

Rodinní lekári, ktorí pracujú vo vidieckych a vzdialených lokalitách, často potrebujú ďalšie zručnosti, aby vedeli pomôcť pacientom, ktorí napr. potrebujú chirurgický zákrok alebo sú v inej život ohrozujúcej situácii, a pacientom, ktorí potrebujú starostlivosť citlivú voči ich kultúre. Tu môže byť potreba vypracovať protokoly na diaľkové konzultácie s ďalšími špecialistami, ktorí poznajú jazykové, kultúrne alebo miestne osobitosti tímovej práce. Efektívne systémy kontinuálneho a diaľkového medicínskeho vzdelávania sú mimoriadne dôležité najmä pre zdravotníkov, ktorých prax je relatívne izolovaná. Keď majú rodinní lekári príležitosť získať a udržiavať si špeciálne zručnosti a sú vystavení realite praxe uprostred znevýhodnených skupín už počas odborného výcviku, budú lepšie pripravení naplňať zdravotné potreby komunity, budú si viac istí svojimi schopnosťami a je väčšia pravdepodobnosť, že zostanú pracovať v znevýhodnených oblastiach.

Združenia a siete zdravotníkov pôsobiacich v znevýhodnených oblastiach poskytujú ďalšiu podporu. Ak sú dostupné zdroje, letecká doprava má potenciál redukovat izolovanosť a urýchľuje transport akútnych pacientov z vidieckych oblastí. Moderné komunikačné prostriedky ako internet a satelitné telefóny sa môžu využiť na urýchlené konzultácie a zmenšenie izolácie zdravotníkov kdekoľvek vo svete. Profesionálne združenia často ponúkajú možnosti na vzdelávanie, vytváranie sietí, riešenie problémov, uznanie a ďalšie významné sociálne výhody. Box 5.14 uvádza niekoľko spôsobov, ako pritiahnuť rodinných lekárov do znevýhodnených oblastí.

BOX 5.14 Ako získať rodinných lekárov pre prácu v medicínsky znevýhodnených oblastiach

- Podporovať zdravotnú politiku a mechanizmy financovania podporujúce primárnu starostlivosť a spravodlivé rozdeľovanie zdrojov pre zdravotníctvo
- Robiť nábor a výber študentov do medicínskych odborov zo znevýhodnených oblastí
- Zaradiť do medicínskeho štúdia praktickú skúsenosť poskytovania zdravotnej starostlivosti príslušníkom znevýhodnených skupín obyvateľov
- Zabezpečiť lekárom zručnosti potrebné pre prax v znevýhodnených oblastiach
- Vyžadovať od všetkých nových absolventov odpracovanie určitej doby v znevýhodnených oblastiach
- Zlepšiť infraštruktúru a podporné siete
- Poskytovať finančné a iné stimuly na povzbudenie a podporu rodinných lekárov pôsobiach v znevýhodnených oblastiach
- Spolupracovať s miestnymi komunitami na stratégiách na posilnenie náboru a udržania rodinných lekárov

Žiadna stratégia sama osebe nebude efektívne riešiť zdravotné potreby znevýhodnených skupín obyvateľov. Stratégie, ktoré obsahujú viaceré komponenty, napr. zdravotný systém, financovanie, rozvíjanie politik a vzdelávacie programy, sa môžu uplatniť pri snahe pripraviť, získať a podporovať rodinných lekárov s cieľom zabezpečiť optimálnu starostlivosť v oblastiach, kde je vysokokvalitná primárna starostlivosť mimoriadne potrebná.

Na dôkazoch založený prístup je jediná cesta k zabezpečeniu všeobecnej dostupnosti primárnej starostlivosti pre všetkých. Prístup k starostlivosti sústredenej na človeka je základom a poskytovanie zdravotných služieb prostredníctvom dobre zadefinovaného zdravotného systému s prvoradým zameraním na model primárnej starostlivosti, ktorú poskytujú vyškolení rodinní lekári, je najsprávnejší krok k dosiahnutiu zdravia pre všetkých.³⁵

5.5 PODPORA VÝSKUMU V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI

Výskum realizovaný v kontexte primárnej starostlivosti sa dá rozdeliť do 5 širších kategórií uvedených v Boxe 5.15.

BOX 5.15 Kategórie výskumu v primárnej starostlivosti³⁶

1. Základný výskum: rozvíjať výskumné metódy v tejto disciplíne
2. Klinický výskum: informovať klinickú prax
3. Výskum zdravotných služieb: zlepšiť poskytovanie zdravotných služieb
4. Výskum zdravotných systémov: zlepšiť zdravotné systémy a politiky
5. Výskum vzdelávania: zlepšiť vzdelávanie pre klinikov primárnej starostlivosti

Primárna zdravotná starostlivosť má široký záber, a preto výskum v tejto oblasti zahŕňa široký rozsah tém vrátane získavania dôkazov na smerovanie pacientov, ľudí s mnohými ochoreniami, a nie len liečenie izolovaných ochorení.³⁷

Príklady výskumu, ktorý sa dá realizovať v kontexte primárnej starostlivosti, sú:

- ▶ epidemiológia, história a výskyt bežných problémov v primárnej starostlivosti;
- ▶ efektívnosť diagnostiky a liečby zdravotných problémov v primárnej starostlivosti;
- ▶ metódy na zlepšenie procesu primárnej starostlivosti vrátane tímového rozvoja;
- ▶ metódy na zlepšenie integrácie komunitnej primárnej starostlivosti so sekundárnou a terciárnou starostlivosťou;
- ▶ relevantnosť medicíny založenej na dôkazoch a smernice pre liečbu pacientov v primárnej starostlivosti s multimorbiditou alebo pre pacientov v rôznych prostrediach starostlivosti;
- ▶ metódy integrácie preventívnych služieb s pokračujúcou starostlivosťou orientovanou na ochorenie;
- ▶ redukovanie pochybení a zvýšenie bezpečnosti pacientov v primárnej starostlivosti;
- ▶ určujúce faktory spokojnosti pacientov aj lekárov v primárnej starostlivosti;
- ▶ metódy na zlepšenie vzdelávania a výskumu v podmienkach primárnej starostlivosti.

V oblasti výskumu je osobitne potrebné skúmať efektívnosť – kontinuálne posudzovať, ako by sa dali alebo kedy by sa mali výsledky výskumu uviesť do praxe. Tiež je potrebný výskum, ktorý by zdefinoval proces a činnosti praxe

primárnej starostlivosti³⁸ pre hlbšie pochopenie ako lepšie aplikovať klinické poznatky z iného prostredia do komunitnej praxe, usmerňovať budúci výskum starostlivosti o pacientov a informovať tvorcov politiky a pedagógov.

Pred piatimi desaťročiami sa výskum väčšinou realizoval v nemocniciach, akademických medicínskych centrách, pričom sa uplatňoval redukujúci, biomedicínsky model s cieľom dosiahnuť technický pokrok v starostlivosti o pacienta. V posledných dvoch desaťročiach sa toto zameranie zmenilo a podstatný objem výskumu primárnej starostlivosti sa vykonáva v prostredí primárnej starostlivosti. Dôležité je klásť výskumné otázky v rôznych prostrediach mimo nemocnice, pretože populácie, vzorce ochorení a systémy starostlivosti sa líšia nielen medzi jednotlivými krajinami, ale aj medzi regiónmi tej istej krajiny. Zameranie na biomedicínsky výskum a jeho aplikáciu v nemocničnom prostredí nedáva odpovede na množstvo otázok dôležitých pre rodinné lekárstvo a pre širšiu primárnu starostlivosť, a tak ponecháva túto disciplínu bez robustného výskumu potrebného na zlepšovanie praxe a akademickej dôveryhodnosti.³⁹ Nová doména otvárajúca ďalšie otázky pre výskum v rodinnom lekárstve a primárnej starostlivosti je prístup k multimorbidite a ako uskutočniť posun paradigmy od starostlivosti „orientovanej na problém“ k starostlivosti „orientovanej na cieľ“.⁷⁰

Na mnohé dôležité výskumné otázky môžu hľadať a dať odpoveď lekári, ktorí pôsobia v prostredí komunitnej praxe.⁴⁰ Napríklad štúdia zameraná na intervenciu pri zneužívaní alkoholu ukázala, že krátka rada od lekára primárnej starostlivosti je účinná a znížila mieru pitia až po dobu jedného roka po intervencii.⁴¹ Ďalšia štúdia preukázala efektívnosť aspirínu a nedostatočnú efektívnosť vitamínu E pri znižovaní trombózy vencových tepien u pacientov v primárnej starostlivosti.⁴²

Na zvýšenie relevantnosti výskumu pre komunitnú prax treba komunitných lekárov zapojiť do definovania cieľov, otázok a metód takého výskumu. Napríklad záujem v prípade výskumu zameraného na pochybenia sa sústreďuje na pochybenia v nemocniciach.⁴³ Tento problém však treba riešiť aj v komunitnej praxi v spolupráci s komunitnými lekármi.⁴⁴ Významným prínosom výskumu v primárnej starostlivosti je príležitosť pre spoluprácu so špecialistami v iných oblastiach. Spolupráca obohacuje všetkých, klinikov aj výskumníkov. Na druhej strane to podporuje aj rodinné lekárstvo ako súčasť akademického a klinického hlavného prúdu. Byť súčasťou hlavného prúdu je podstatné pre získavanie excelentných študentov zapojených do výskumu, ako aj členov akademickej obce. Nakoniec, čo je možno najdôležitejšie, výskumná činnosť pomáha budo-

vať vedeckú úlohu a kritické myslenie u rodinných lekárov, ktoré môže viesť k zlepšovaniu kvality praxe.

Úlohy pre výskum v rodinnom lekárstve

Výskum v rodinnom lekárstve vychádza zo silných aspektov rozmanitosti dostupných populácií pacientov, problémov a prostredia praxe, ktoré môžu plniť funkciu prirodzených laboratórií. Nedostatok skúsených výskumníkov v oblasti rodinného lekárstva limituje množstvo, rozsah a kvalitu výskumu, ktorý by sa dal vykonať. Rodinní lekári a ďalší zdravotníci, ktorí sa zaujímajú o primárnu starostlivosť a majú s ňou odborné skúsenosti, sú často neprimerane málo zastúpení pri navrhovaní grantov a v grantových komisiách, čo môže obmedzovať kvantitu aj kvalitu výskumných projektov zameraných na primárnu starostlivosť. Podobne pre rodinných lekárov je ťažké investovať potrebný čas a peniaze a úspešne sa uchádzať o financovanie výskumného projektu.^{45, 46} V dôsledku toho napriek konštatovaniu, že treba výskum v primárnej starostlivosti,^{47, 48} financie od vlády alebo filantropov nestačia najmä na pokrytie infraštruktúry ako vybavenie a na pracovníkov projektu.

Stratégie na podporu výskumu rodinného lekárstva

Budovanie robustnej výskumnej základne, porovnateľnej s inými medicínskymi odbormi, vyžaduje, aby prispeli jednotliví zaneprázdnení rodinní lekári. Nevyhnutné je aj prerozdeliť finančné prostriedky, čas a zdroje v rámci akademických inštitúcií a získať podporu od národných a iných financujúcich agentúr, aby významná časť výskumu zameraného na zdravie a medicínu každej krajiny bola zameraná na zdravotné problémy, ktorými trpí väčšina ľudí väčšinu času.⁴⁹

V mnohých krajinách, aj v tých, kde sú dobre vyvinuté akademické odbory rodinného lekárstva a aktívne profesijné organizácie, bude treba obnoviť záväzok v súvislosti s úlohou výskumu. Na dosiahnutie tohto cieľa rodinní lekári a ich akademické organizácie budú musieť postupovať zároveň na viacerých frontoch.

Bude potrebné, aby rodinní lekári v komunitnom a akademickom prostredí venovali významný čas a úsilie navrhnutiu a realizácii hodnotných výskumných projektov a písali žiadosti o financovanie. Keď budú rodinní lekári úspešní so žiadosťami o grant, skôr ich budú prizývať do grantových komisií a tam budú mať šancu začať meniť redukcionistické myslenie, také typické pre mnohé ko-

misie. Výskumné úsilie rodinných lekárov a skupinových praxí môže získať aj na základe podpory, stimulov a grantov od akademických, ale aj v praxi pôsobiacich organizácií.

Jednotliví rodinní lekári, akademické jednotky a profesijné spoločnosti môžu vyvíjať snahu zvýšiť informovanosť o dôležitosti financovania výskumu v primárnej starostlivosti u vlády a medzi filantropickými donorskými agentúrami. Väčšina donorských agentúr skôr podporí výskum konkrétnych chorôb, pričom žiadosti sa zvyčajne adresujú na agentúry, ktoré financujú výskum určitej choroby alebo skupiny chorôb ako rakovina, a nepodporujú výskum komplexnej starostlivosti, ktorá udržiava zdravie pacienta po mnohé roky. Agentúry a dobrodinci musia byť presvedčení o dôležitosti financovania základnej infraštruktúry pre výskum v primárnej starostlivosti tak, ako sú presvedčení o dôležitosti takej infraštruktúry pre výskum jednotlivých chorôb.

Rodinné lekárstvo, aby bolo zrelou špecializáciou, potrebuje skúsených výskumníkov. V mnohých krajinách lídri nových disciplín nemajú výcvik alebo zručnosti potrebné pre formálny výskum, a preto zakladajú odborné vzdelávacie programy a programy pre študentov medicíny, snažia sa vyrovnáť so vzdelávacími, politickými, administratívnymi a finančnými záležitosťami, ktoré bránia zameraniu na výskum. Väčšina akademických katedier rodinného lekárstva má však i tak príliš malý počet skúsených výskumníkov. Čoraz viac organizácií rodinného lekárstva začína ponúkať školiace programy pre oblasť výskumu primárnej medicíny. Sú univerzitné katedry rodinného lekárstva, ktoré sa usilujú zapájať študentov do výskumnej činnosti a nabádajú ich, aby sa špecializovali na rodinné lekárstvo.

Jedno z riešení nedostatku školiťelov je vytvorenie úzkych vzťahov so skúsenými výskumníkmi z iných disciplín, ktorí by mohli viesť nových výskumníkov – lekárov rodinného lekárstva. Popri odbornom vedení sú aj ďalšie dôvody, prečo spolupracovať s výskumníkmi z iných presahujúcich oblastí, vrátane ich medicínskych špecializácií. Napríklad spolupráca s výskumníkmi v opatrovatelstve, farmakológii, ale aj v technických disciplínach a antropológii. Dialóg medzi rôznymi disciplínami dáva výskumníkovi – rodinnému lekárovi prístup k odborným znalostiam v rôznych oblastiach a k metodológiám, pričom pomáha tým druhým pochopiť význam primárnej starostlivosti. Táto spolupráca pomáha rodinným lekárom naučiť sa zlaďiť svoje výskumné žiadosti so záujmami financujúcich agentúr. Existuje aj možnosť získať financovanie na základe účasti na výskumných projektoch v iných oblastiach.

BOX 5.16 Ako podporovať výskum v primárnej starostlivosti (WONCA, konferencia v Kingstone, odporúčania)⁵⁷

1. WONCA musí navrhnuť stratégiu, ako preukázať výsledky výskumu v rodinnej medicíne tvorcom politik, zdravotným úradom (poisťovniam) a akademickej obci.
2. WONCA by sa mala usilovať vytvoriť vo všetkých členských krajinách sieť strážnych/sentinelových praxí na vykonávanie dohľadu nad chorobami a ochoreniami, ktoré majú najväčší vplyv na zdravie pacientov a na dobrý stav komunity.
3. WONCA by mala organizovať fórum na výmenu odborných poznatkov v oblasti výskumu, vzdelávania a školenia.
4. WONCA by mala podporovať rozvoj národných výskumných ústavov a univerzitných katedier rodinného lekárstva, ktoré plnia úlohu aj vo výskume.
5. WONCA by mala organizovať expertnú skupinu na poskytovanie poradenstva pri rozvíjaní výskumných sietí na báze praxe na celom svete.
6. WONCA by mala podporovať výskumné časopisy, konferencie a webové stránky pre medzinárodné šírenie výsledkov výskumu.
7. WONCA by mala sprostredkovať financovanie výskumu s medzinárodnou spoluprácou.
8. WONCA by mala organizovať medzinárodné etické normy pre medzinárodnú výskumnú spoluprácu a navrhnuť proces medzinárodných etických oponentúr.
9. WONCA by mala v odporúčaniach pre výskum rodinného lekárstva riešiť konkrétne potreby a implikácie pre rozvíjajúce sa krajiny.

Klinické rodinné lekárstvo a siete primárnej starostlivosti predstavujú spôsob podpory pre výskum založený na praxi.^{45, 50–52, 65} Efektívne siete môžu zvýšiť produktivitu výskumu.^{50, 53, 54} Siete výskumu založené na praxi môžu podnieť záujem o výskum u lekárov pôsobiacich v komunite a umožniť spoluúčasť rodinných lekárov na všetkých fázach vývoja a realizácie projektu.

Môžu plniť funkciu ohniskového bodu pre výskumnú činnosť tým, že budú gestormi stretnutí a workshopov a budú prepájať akademické inštitúcie a komunitu. V podstate všetky úspešné siete sú partnerstvá medzi akademickými inštitúciami a skupinami lekárov pôsobiacimi v komunitách. Často majú priestory v akademických inštitúciách a majú akademicky zameraného rodinného lekára, ktorý je financovaný, aby poskytoval čas, podporu a odborné znalosti.

BOX 5.17 Ako podporovať výskum v primárnej starostlivosti

- Podporovať angažovanosť pre výskum v primárnej starostlivosti prostredníctvom:
 - rodinných lekárov
 - profesijných spoločností
 - akademických inštitúcií
 - vlády
 - filantropických agentúr
 - verejnosti
- Navrhovať výskumné projekty
- Zdokonaľovať výskumné metódy
- Vzdelávať viac výskumníkov v primárnej starostlivosti
- Získavať väčšiu bázu darcov a zdrojov financií pre výskumné projekty primárnej starostlivosti

Výskum v primárnej starostlivosti sa dá podporovať aj prostredníctvom medzinárodnej spolupráce. V mnohých krajinách organizácie rodinných lekárov čelia nedostatku zdrojov pri úsilí identifikovať a riešiť konkrétne potreby výskumu. Potenciál plodnej medzinárodnej spolupráce vo výskume neustále rastie aj tým, že výskumníci v oblasti primárnej starostlivosti si vzájomne vymieňajú otázky, metódy a nové informácie pre prax.^{53, 55, 56}

WONCA mala stretnutie v meste Kingston, v Kanade, kde sa zišli poprední výskumníci v oblasti primárnej starostlivosti z celého sveta. Zo stretnutia vzišlo 9 odporúčaní na podporu výskumu v primárnej starostlivosti (*pozri* Box 5.16).⁵⁷

Výskumníci môžu spolupracovať prostredníctvom organizácií ako WONCA, skupina North American Primary Care Research Group (NAPCRG) a European General Practice Research Network (EGPRN). Zoskupenia výskumníkov v primárnej starostlivosti predstavujú fórum na vzájomnú výmenu námetov, organizačných a metodických poznatkov, podporu pri zosúlaďovaní praxe a výskumu s cieľom zlepšiť starostlivosť o pacientov (*pozri* Box 5.17).

5.6 ZLEPŠOVANIE KVALITY STAROSTLIVOSTI A JEJ VÝSLEDKOV

Modely lekárskej praxe a výsledky medzi krajinami aj v rámci krajín sú rozličné a predstavujú veľký priestor na zlepšenie kvality, efektívnosti a účinnosti posky-

ovania zdravotnej starostlivosti. Ak má rodinné lekárstvo naplniť svoj potenciál a uspokojovať zdravotné potreby pacientov a komunít, poskytovanie čo najkvalitnejšej starostlivosti je mimoriadne dôležité. Zložitosť a rozsah rodinnej praxe, ako aj jej previazanosť s mnohými ďalšími aspektmi zdravotného systému predstavuje skutočne náročnú výzvu.

Ciele a definície

Kvalita v zdravotnej starostlivosti má mnohé zložité a vzájomne previazané charakteristiky (*pozri* tabuľku 5.2). Zároveň sa dá vnímať aj z rôznych uhlov pohľadu. Pacienti, zdravotníci, výskumníci, pedagógovia, predstavitelia a úradníci verejného zdravotníctva, agentúry a úrady na financovanie zdravotného systému, politici a ďalší legitímne považujú rôzne aspekty zdravotnej starostlivosti za najdôležitejšie. Ale v konečnom dôsledku skúsenosť so zdravotnou starostlivosťou ako celkom má vplyv na to, ako pacient vníma kvalitu. Stačí jedna negatívna udalosť, napríklad hrubé správanie jedného zdravotníka, aby prevážila v pacientovom celkovom vnímaní kvality.

TABUĽKA 5.2 Dimenzie kvality zdravotnej starostlivosti^{58, 59}

Dimenzia	Charakteristika
Spravodlivosť	Služby sa poskytujú všetkým, ktorí o ne žiadajú
Dostupnosť	Je zabezpečená bezprostredná dostupnosť služieb
Akceptovateľnosť	Starostlivosť zodpovedá očakávaniam používateľov služieb
Relevantnosť	Poskytuje sa potrebná starostlivosť; predchádza sa nepotrebné alebo škodlivej starostlivosti
Komplexnosť	Poskytovanie starostlivosti pokrýva všetky aspekty manažmentu ochorenia, od prevencie po rehabilitáciu, zohľadňujú sa psychosociálne aspekty starostlivosti
Efektívnosť/ Účinnosť	Starostlivosť prináša pozitívnu zmenu v zdravotnom stave alebo kvalite života pacienta Poskytuje sa vysoká kvalita pri čo najnižších nákladoch
Bezpečnosť	Predchádzanie alebo redukovanie skutočnej alebo potenciálnej ujmy, vzniknutej v dôsledku zdravotnej starostlivosti alebo prostredia, kde sa poskytuje

BOX 5.18 Poslanie Pracovnej skupiny WONCA pre kvalitu rodinného lekárstva⁶⁰

Poslanie Pracovnej skupiny WONCA pre kvalitu rodinného lekárstva je podporovať rodinných lekárov vo svete v ich úsilí, systematicky revidovať a kontinuálne zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytujú.

Toto poslanie vychádza z nasledujúcich princípov:

- Rodinní lekári v snahe zlepšovať kvalitu starostlivosti sa usilujú zabezpečiť najlepšiu štruktúru, proces a výsledky zdravotnej starostlivosti v súlade s hodnotami a preferenciami pacienta, ako aj profesionálnymi vedomosťami o náležitej a efektívnej starostlivosti vzhľadom na dostupné zdroje.
- Úsilie o dosahovanie kvality by malo podporovať zodpovednosť a reflektovať partnerský vzťah medzi pacientom a zdravotníkmi.
- Úsilie o dosahovanie kvality by malo byť explicitné, systematické a samozrejmé v dennej praxi a zároveň by malo byť aj súčasťou základného medicínskeho vzdelávania a doškoľovania, konzistentné s úlohou a prostredím rodinného lekára, aplikované pozitívnym spôsobom, nie vynucovaním pod hrozbou trestu.

Kvalita zdravotnej starostlivosti sa môže dotýkať štruktúr, procesov a výsledkov starostlivosti. Štruktúra zahŕňa personál, zariadenia, vybavenie, organizáciu a pokrytie. Proces zahŕňa činnosti súvisiace s poskytovaním alebo prijímaním starostlivosti a atribúty ako časový aspekt a kontinuita. Výsledky zahŕňajú dáta o morbidite a mortalite, ako aj kvalitu života a spokojnosť pacienta.

Dosiahnutie vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti nie je jednorazová záležitosť, ale vyžaduje si nepretržitú pozornosť. Reagovanie na nové informácie a vývoj v medicíne si vyžaduje pokračujúce úsilie, aby rodinní lekári poskytovali vysokokvalitné služby založené na najlepších dostupných dôkazoch pre ich prax. Pracovná skupina WONCA pre oblasť rodinného lekárstva (Box 5.18) definuje vysokokvalitnú starostlivosť ako: „najlepšie zdravotné výsledky, aké sa dajú dosiahnuť vzhľadom na dostupné zdroje v súlade s hodnotami a preferenciami pacienta.“

Profesionálny aspekt kvality

Kvalita starostlivosti z pohľadu zdravotníkov je zameraná na poskytovanie kompetentnej, efektívnej a bezpečnej starostlivosti, ktorá prispieva k zdraviu a po-

hode. Klinické výsledky sa dajú posudzovať hodnotením, do akej miery služby zodpovedajú aktuálnym poznatkom a poskytujú sa v správnom čase.

Jeden z prístupov je meranie kvality na základe štandardov správnej praxe. Na dôkazoch založené praktické smernice, zvyčajne vypracované na základe procesu skupinového konsenzu, obsahujú zistenia z viacerých zdrojov a predkladajú odporúčania na riešenie často sa vyskytujúcich problémov. Ich užitočnosť znásobuje flexibilita (môžu sa upraviť podľa miestnych podmienok), stručnosť, systém upomienok, edukačné aktivity na podporu implementácie.⁶¹

Rodinní lekári tiež uznávajú a oceňujú ľudské a kvalitatívne aspekty starostlivosti o pacientov, ako sú napr. vytvorenie terapeutických vzťahov, úcta a empatia, venovanie pozornosti obavám, spoločné rozhodovanie s pacientom a rodinou. Manažéri a dodávatelia finančných zdrojov zdravotných systémov často zdôrazňujú dôležité aspekty kvality ako efektívnosť, logistika, dostupné materiály, presné vedenie záznamov a nákladovú efektívnosť. Reprezentanti verejného zdravotníctva sa často zameriavajú na merateľné ukazovatele a výsledky, napr. na dosahovanie určitej miery zaočkovanosti alebo zníženie miery úmrtnosti špecifickej pre určitý vek. Akademici a manažéri zdravotných systémov vnímajú edukačné stipendiá, programy a výskum ako nástroje na hodnotenie a zlepšovanie kvality.

Tradičné ukazovatele kvality bežne riešia diagnostický proces a vhodnosť terapie pre konkrétne diagnózy. Sú to veľmi dôležité aspekty, ale nezachytávajú v celej hĺbke zložitost', bohatstvo a hĺbku interakcie medzi pacientom a lekárom. Preto sa vyvíja úsilie doplniť ku konvenčným ukazovateľom prístupy, ktoré sú viac zamerané na problémy pacienta, na jeho funkčný zdravotný stav, schopnosť vykonávať bežné denné činnosti, kvalitu života podmienenú zdravím a odhad očakávaných rokov života v dobrom zdravotnom stave.

Tieto ukazovatele zlepšujú schopnosť posúdiť celkový zdravotný stav populácie, posúdiť účinnosť intervencií a porovnať výsledky medzi rôznymi populáciami.

Spokojnosť pacientov

Ľudia kvalitu hodnotia zväčša podľa toho, či naplnila ich očakávania. Prieskumy očakávaní pacientov a spokojnosti pacientov sú veľmi užitočný nástroj na sledovanie a zlepšovanie kvality v praxi rodinného lekárstva.⁶²

Spokojnosť pacientov sa dá merať a pravidelne vyhodnocovať, napríklad ako dlho pacient čakal na vyšetrenie, nakoľko pacient dôveruje spôsobilosti ošetrojúceho lekára a ďalších členov tímu primárnej starostlivosti, či pacient vníma, že ho chápu a vážia si ho, ako pacient vníma a hodnotí lekárove komunikačné zručnosti, priateľskosť a ochotu pomôcť aj u zamestnancov ambulancie. Viaceré nástroje na prieskum pacientov sú k dispozícii a ponúkajú možnosť začleniť monitorovanie do klinickej praxe a zlepšiť spokojnosť pacientov (aafp.mydocsurvey.com).

Posúdenie kvality zdravotných systémov

Kvalita zdravotnej starostlivosti sa dá ovplyvňovať na mnohých úrovniach a mnohými komponentmi systému zdravotnej starostlivosti. Na úrovni jednotlivých zdravotníkov kvalitu určujú interakcie medzi pacientom a lekárom. Na úrovni praxe kvalitu ovplyvňujú interakcie pacienta s rodinným lekárom, sestrou a ďalšími pracovníkmi. Na miestnej úrovni majú vplyv na kvalitu skupiny lekárov, ambulancií, dostupnosť zdrojov a zariadení. Na regionálnej úrovni kvalitu a štruktúru starostlivosti v rámci zdravotného systému ovplyvňuje zdravotná politika, financovanie, pridelovanie zdrojov, zhromažďovanie informácií, štandardy, úroveň vzdelávania a certifikácie. Informácie získané z každej úrovne zdravotného systému sa dajú využiť na hodnotenie rôznych aspektov kvality (pozri tabuľku 5.3).

TABUĽKA 5.3 Zdroje dát na hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti

Úroveň starostlivosti	Príklady zdrojov dát
Jednotlivý rodinný lekár	Prieskumy spokojnosti pacientov Inšpekcia lekárskeho záznamu
Prax rodinného lekára a ďalšie zdravotné komunitné strediská	Agregované prieskumy spokojnosti pacientov Audity záznamu skupiny
Miestny zdravotný systém	Nemocničné záznamy Farmaceutické dáta Miestne dáta verejného zdravotníctva (napr. rodný list alebo úmrtný list) Finančné dáta
Regionálne alebo národné	Miera chorobnosti/úmrtnosti za celý zdravotný systém Výdavky

Plánovanie zlepšovania kvality rodinného lekárstva

Vzhľadom na široký rozsah rodinnej praxe, rastúcich očakávaní od zdravotnej starostlivosti, limitované zdroje a rýchly vývoj informácií v medicíne, dosahovanie najvyššej kvality je pre rodinných lekárov náročná úloha. Rodinní lekári často pôsobia v rámci tímov zdravotnej starostlivosti, zlepšovanie kvality starostlivosti si vyžaduje systematické tímové úsilie.

Každá úroveň zdravotného systému poskytuje možnosti na zlepšovanie kvality starostlivosti. Pokiaľ ide o jednotlivého rodinného lekára, spôsobilosť a kvalita je ovplyvnená jeho schopnosťami, záujmami, školeniami, certifikáciou a účasťou na programoch kontinuálneho vzdelávania. Každý lekár je zodpovedný za rozvíjanie svojich odborných zručností a uvedomovanie si vlastných limitov, a tak požiadavky na odbornú certifikáciu a stimuly za kvalitné výkony budú ovplyvňovať motiváciu lekára.

Na úrovni praxe sa kvalita dá zlepšovať, keď sa tímy kolektívne usilujú dosiahnuť spoločné ciele. V týchto podmienkach si menšie skupinové praxe alebo siete klinikov môžu určiť konkrétne oblasti, kde chcú dosiahnuť zlepšenie kvality, napr. môžu zvýšiť zaočkovanosť alebo zlepšiť kontrolu krvného tlaku. Lekári a ďalší zdravotníci čoraz častejšie združujú sily a spoločným úsilím sa snažia rozvíjať formálne aj neformálne siete praxí, kriticky skúmať aktuálne medicínske štúdie a navrhovať na dôkazoch založené usmernenia na dosahovanie vysokej kvality starostlivosti.

Na národnej úrovni môžu vláda alebo profesijné združenia vyžadovať pravidelné prehodnocovanie alebo certifikáciu lekárov a ich praxe. Takéto štandardy často zahŕňajú požiadavky na školenia, skúšky, kontinuálne vzdelávanie a audity praxe.

Mnohé krajiny prišli na to, že investovanie do zlepšovania kvality prináša lepšie výsledky v oblasti zdravia, znižuje náklady a podporuje efektívnosť.

Úsilie na zlepšenie kvality sa vyvíja aj na medzinárodnej úrovni. Európska pracovná skupina pre kvalitu praxe rodinného lekárstva, EquiP (European working party on Quality in Family Practice) združuje viac ako 30 krajín, ktoré sa pravidelne stretávajú a realizujú spoločné projekty na zlepšenie kvality. Tieto skupiny spolupracujú na príprave medzinárodných smerníc a štandardov pre výkon praxe. Všeobecné smernice, ak sa majú úspešne zaviesť na miestnej úrovni, treba náležite upraviť v závislosti od zdrojov a kultúrnych faktorov.

Proces zlepšovania kvality

Zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti na všetkých úrovniach si vyžaduje tímy jednotlivcov, ktorí spolupracujú na dosiahnutí spoločných cieľov. Proces plánovania zvyčajne začína analýzou aktuálnej situácie. Stretne sa napríklad menšia skupina, aby analyzovala a identifikovala silné (**Strengths**) a slabé (**Weaknesses**) stránky, príležitosti (**Opportunities**) a hrozby (**Threats**), to je známe ako SWOT analýza. SWOT analýza alebo podobný postup skupine umožní identifikovať silné stránky a tešiť sa z nich, ale aj zvážiť a identifikovať slabé stránky ako príležitosti pre budúci rast a rozvoj.

Po zvážení potenciálnych príležitostí môže skupina určiť prioritu pre zlepšenie kvality. To skupine umožní sústrediť úsilie, zvážiť potreby finančných a iných zdrojov, anticipovať potenciálne problémy. Určenie konkrétneho problému, ktorého riešenie je možné vzhľadom na dostupné zdroje, zvyšuje šancu na úspech. Zapojenie kľúčových jednotlivcov, ktorí budú mať spoluúčasť na snahe o zlepšenie kvality, zvýši ich motiváciu mať spoluúčasť na následných akciách či opatreniach a analýzach. V ideálnom prípade by sa mala vec prekonzultovať s tými, čo budú realizovať zmeny, ako aj s tými, ktorých sa zmeny dotknú. Je potrebné si od oboch skupín pýtať rady a presvedčiť ich na záväzky k spoluúčasti a následne vytýčiť realistické ciele.

V typickej praxi rodinného lekára je veľa oblastí na zlepšenie, ale nedá sa robiť všetko naraz. Efektívnejšie je vybrať na začiatok jednu dôležitú problémovú oblasť, zhromaždiť východiskové informácie, uskutočniť zmeny a vyhodnotiť ich vplyv. Tím praktikov, ktorý úspešne uskutočnil prvý projekt na zlepšenie kvality, bude mať chuť zúčastniť sa na ďalších projektoch.

Cyklus postupného zlepšovania kvality po krokoch je zvyčajne užitočný rámec pre skupiny usilujúce sa o zlepšenie. Tento cyklus má viaceré obmeny a kroky uvedené v Boxe 5.19 sa nemusia vykonávať presne v rovnakom poradí.

Výučba zlepšovania kvality

Väčšina zdravotníkov chápe, aké dôležité je zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti, ale mnohí nevedia, ako zaviesť a riadiť systematické zlepšovanie kvality.

Zručnosti v oblasti zlepšovania kvality by mohli byť zaradené do kurikula v rámci všeobecnej výučby pre medikov, ďalej by sa mohli rozvíjať počas odborného výcviku a počas celoživotného kontinuálneho vzdelávania. Vzdelávanie

BOX 5.19 Ako zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti

- Zvoliť oblasť alebo problém na zlepšenie kvality
- Vytvoriť tím na riešenie problému
- Zhromaždiť východiskové údaje
- Zhodnotiť súčasnú prax
- Naplánovať zmeny
- Zmeniť pracovné procesy
- Zozbierať údaje na posúdenie vplyvov zmeny
- Zhodnotiť výsledky
- Ďalej upraviť proces, ak je to potrebné
- Opäť zmerať vplyvy zmien

BOX 5.20 Praktikanti v odbore rodinného lekárstva zlepšujú kvalitu starostlivosti v Južnej Afrike⁶⁰

Univerzita Medunsa v Južnej Afrike poskytuje lekárom v štátnych klinikách a nemocniciach a v súkromnej praxi možnosť absolvovať štúdium špecializácie rodinného lekárstva vo forme dištančného štúdia. Účastníci vykonávajú 12 študijných úloh súvisiacich s ich klinickou praxou, vypracujú magisterskú dizertačnú prácu a absolvujú záverečné skúšky. Jedna zo študijných úloh je dokončiť projekt na zlepšenie kvality. Účastníci majú nájsť a zvážiť klinické dôkazy, merať, analyzovať, reflektovať a zmeniť konkrétnu prax.

Prostredníctvom takého projektu účastník štúdia a miestny tím identifikovali problém vysokej miery úmrtnosti počas víkendov a nočných služieb vo vidieckej komunitnej nemocnici. Navrhli a zaviedli nový systém príslužieb a hlásení a úmrtnosť sa v priebehu 4 mesiacov znížila takmer o 20 %. Účastníci sa nielen naučili dôležité aspekty zlepšovania kvality, ale aj prispeli k zlepšeniu starostlivosti o pacientov.

ponúka postoje, znalosti a zručnosti veľmi dôležité pre kritické hodnotenie medicínskej literatúry a pre účasť na výskume zameranom na hľadanie odpovedí na otázky, na ktoré literatúra nedáva odpoveď. Zručnosti v oblasti zlepšovania kvality, keď sú zaintegrované do kontinuálneho vzdelávania v rodinnom lekárstve, sa môžu rozvíjať na všetkých úrovniach vzdelávania. Študenti sa môžu oboznámiť s pojmami a nástrojmi na zlepšovanie kvality počas štúdia medicíny.

Kurikulum by malo zahŕňať úvod do problematiky, rôzne aspekty kvality, metódy merania kvality a kroky, ktoré treba urobiť na dokončenie projektu. Techniky učenia prostredníctvom riešenia zadaného problému sú vhodné pre menšie skupiny študentov. Prípadové štúdie sú vhodné na objasnenie procesu a potenciálnych záludností spojených s úsilím o zlepšenie. Menšie skupiny študentov môžu dostať úlohu zhodnotiť kvalitu a dokončiť projekt.

Odborné vzdelávanie ponúka možnosť sprostredkovať študentom postoje, poznatky a zručnosti celoživotného zlepšovania kvality. Kurikulum môže študentov oboznámiť so základmi kvality, ale klinická skúsenosť poskytne množstvo materiálu pre projekty. Základy zlepšovania kvality sa dajú učiť v prostredí učebne, ale aplikácia znalostí a zručností na klinické problémy poskytuje autentickú skúsenosť zložitosti a hodnoty skutočného projektu a môže byť zdrojom dôvery a ochoty v budúcnosti sa zúčastniť projektov zlepšovania kvality (*pozri* Box 5.20). Nie všetky projekty zlepšenia kvality sú úspešné a tímy strácajú motiváciu. Usmerenie od skúsených školiteľov/mentorov môže pomôcť začiatovníkom zamerať sa na projekty, kde je väčšia šanca, že sa podarí dosiahnuť podstatné zlepšenie kvality.

Kontinuálne medicínske vzdelávanie

Vzdelávanie v oblasti zlepšovania kvality sa začína počas štúdia medicíny a dá sa ďalej zdokonaľovať počas špecializovanej prípravy v odbore rodinné lekárstvo. Kontinuálne vzdelávanie a podpora však umožňujú rodinným lekárom dosahovať vysokú kvalitu starostlivosti počas celého aktívneho pôsobenia v praxi. Kontinuálne vzdelávanie je mimoriadne užitočné pre praktizujúcich lekárov, keď sa v ňom uplatňujú princípy samostatného štúdia a vychádza sa zo skúseností, keď súvisí so súčasnou praxou, a tak dáva možnosti na diskusiu a reflexiu v podporných skupinách kolegov.

Mnohí praktizujúci lekári neabsolvovali formálne školenie v oblasti zlepšovania kvality, ale pochopenie konceptov a nadobudnutie zručností je pre nich rovnako dôležité.

Týmto lekárom pomôže cieľená inštrukcia zameraná na nasledujúce znalosti a zručnosti:

- ▶ dimenzie kvality v zdravotnej starostlivosti;
- ▶ proces zlepšovania kvality, ako vybrať a dokončiť projekt;
- ▶ ako vybrať cieľové skupiny, pre ktoré bude opatrenie na zlepšenie kvality prínosom;

- zhodnotenie procesu, štruktúr a výsledkov rodinného lekárstva a jeho vzťah k zdravotnému sociálnemu systému;
- posúdenie nákladov, prínosu a efektívnosti metód zlepšovania kvality;
- pochopenie odchýlok vo výkonnosti a výsledkoch procesov a systémov;
- pochopenie, ako rozvíjať nové, miestne užitočné znalosti prostredníctvom výskumu.

Keď sa rodinní lekári naučia ako uplatňovať tieto zručnosti v praxi a dostanú spätnú väzbu a podporu od kolegov, budú schopní viesť a zúčastňovať sa na kontinuálnych iniciatívach zameraných na kvalitu v rôznych klinických podmienkach.

Ako pomáhať rodinným lekárom zlepšovať kvalitu

Vyučovanie princípov a procesov zlepšovania kvality je dôležité, ale vedomosti a zručnosti nestačia na zabezpečenie toho, že úsilie o dosahovanie kvality bude rutinnou súčasťou praxe rodinného lekára. Zdroje, stimuly a podporné systémy môžu výrazne podporiť snahu, aby dosahovanie kvality v starostlivosti o pacientov bolo prioritou rodinného lekárstva. Niekoľko užitočných stratégií je v Boxe 5.21.

Tento stručný úvod môže poslúžiť ako východisko pre tých, čo sa zaujímajú o zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti prostredníctvom rodinného lekárstva. Viaceré medzinárodné a národné organizácie, aj členovia WONCA, vytvárajú siete a konzorciá pre vzájomnú výmenu zistení a stratégií. Predovšetkým materiály *Cesta rodinných lekárov ku kvalite*⁶⁰ a *Nástroje a metódy na zlepšovanie kvality*, ktoré zostavila pracovná skupina Equip,⁶³ ponúkajú nástroje, ktoré sa dajú uplatniť pre miestne použitie.

Pokračujúce úsilie o zlepšovanie kvality rodinného lekárstva podporí efektívnosť rodinných lekárov pri zlepšovaní zdravotného stavu pacientov ich ambulancií aj komunit.

5.7 NAPREDOVANIE

Rodinné lekárstvo môže najviac zlepšiť výsledky zdravotného systému, keď vychádza z pozorného zvažovania miestnych podmienok. Krajiny, v ktorých sa mení zdravotná politika, stoja pred náročnými úlohami pri snahe dosiahnuť

BOX 5.21 Stratégie na podporu úsilia o zlepšovanie kvality

- Zapájať lídrov, zainteresované a zúčastnené strany, aby pochopili úsilie o zlepšovanie kvality a podporovali ho
- Získať záväzok usilovať sa o kvalitu na miestnej, regionálnej a národnej úrovni
- Alokovať finančné a ľudské zdroje na zlepšovanie kvality ako rutínnej súčasť klinických služieb
- Zabezpečiť stimuly pre hodnotenie a zlepšovanie kvality
- Zvážiť sociálny, ekonomický a kultúrny kontext a zvoliť si realistické priority
- Zaviesť štandardy a vynucovať dodržiavanie nariadení s cieľom identifikovať podštandardné služby
- Zvážiť certifikáciu, re-certifikáciu alebo akreditáciu, aby sa zabezpečilo rozvíjanie a udržiavanie potrebných zručností u rodinných lekárov
- Vytvoriť siete zlepšovania kvality alebo zapojiť sa do existujúcich sietí

konsenzus o smerovaní zdravotnej starostlivosti. Krajiny s veľkým finančným dlhom nemajú dosť zdrojov na vykonanie potrebných zmien. Krajiny usilujúce sa o reformu zdravotného systému čelia problému, ako zmobilizovať skupiny súkromných praktických lekárov, aby podporovali širšie spoločenské ciele spravodlivo dostupných esenciálnych zdravotných služieb pre chudobných a ďalšie zraniteľné skupiny obyvateľov. V týchto odlišných prostrediach sa rodinné lekárstvo bude vyvíjať odlišne.

Budúce úlohy rodinných lekárov treba zvážiť v širšom kontexte zlepšenia zdravotného systému. Prínos rodinných lekárov sa znásobí, keď budú integrovaní do efektívnych systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Preto plánovanie rozvoja alebo rozšírenia rodinného lekárstva si vyžaduje víziu, spoluprácu s kľúčovými zainteresovanými stranami, resp. skupinami, určenie krátkodobých a dlhodobých cieľov a zlepšovanie poskytovania zdravotných služieb. Keď sa autori plánu zhodnú na tom, že systém má byť postavený na hodnotách ako spravodlivosť, kvalita, relevantnosť a nákladová efektívnosť, tieto hodnoty musia byť prítomné v procese vývoja programu.

Úsilie založené na spolupráci medzi občanmi, komunitami, zdravotným systémom, zdravotníkmi, akademickou obcou a vládou má osobitný potenciál vytvoriť podmienky nevyhnutné pre zmenu, najmä vtedy, keď tieto skupiny vytvoria udržateľné partnerstvá. Práve realizácia programov spolupráce medzi

BOX 5.22 Prvky plánovania programu rodinného lekárstva

- Vymedziť ideálny profil a žiaduce spôsobilosti rodinných lekárov
- Získať podporu od kľúčových zainteresovaných strán
- Určiť plány vzdelávania, akreditácie a certifikácie
- Navrhnuť konkrétne školiace programy
- Určiť krátkodobé a dlhodobé potreby
- Spolupracovať so zainteresovanými stranami a ďalšími zdravotníkmi
- Navrhnuť modely integrovanej praxe
- Zostaviť rozpočet a získať finančné prostriedky
- Posúdiť náklady, prínosy a oblasti, ktoré treba zlepšiť
- Popísať kariérne možnosti a profesijné príležitosti pre rodinných lekárov

sektormi na miestnej úrovni je najväčšia výzva, ale zároveň aj najväčší prísľub zmysluplného zlepšovania zdravotného systému,⁶⁴ primárnej starostlivosti a rodinného lekárstva. Box 5.22 uvádza základné prvky, ktoré treba mať na zreteli pri plánovaní programu rodinného lekárstva.

Táto kniha je ako kompas, mapa a smerovka – ako pomôcka na nikdy nekončiacej ceste zlepšovania zdravotných systémov. Aj dobre naplánované cesty sú často plné neočakávaných zvratov. Kniha s usmerneniami nemôže cestovateľov pripraviť na všetky situácie. Čitatelia, ktorí budú pokračovať na ceste zlepšovania systémov rodinného lekárstva, sa môžu podeliť o svoje nápady, spätnú väzbu, správy o napredovaní a aktuálnej situácii s organizáciou WONCA. Vaše príspevky sú vítané, preskúmajú sa, skompilujú a využijú na pomoc ďalším cestovateľom.

Na to, aby rodinné lekárstvo plnilo úlohu chrbtovej kosti spravodlivého, vysokokvalitného, komplexného systému poskytovania primárnej starostlivosti, treba zvážiť množstvo zložitých a vzájomne previazaných otázok. Dôkazy jasne ukazujú, že rodinné lekárstvo má potenciál pomáhať zdravotným systémom poskytovať komplexnú, vysokokvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť pre všetkých. Schopnosť rodinných lekárov naplniť tento potenciál bude závisieť od rozhodnutí, zdrojov a kapacít zdravotných systémov, v rámci ktorých budú pôsobiť.

Táto kniha má za cieľ poskytnúť tým, čo prijímajú rozhodnutia, náležité poznatky a nástroje na podporu procesu zdokonaľovania zdravotných systémov, aby lepšie napĺňali potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti u všetkých ľudí na celom svete.

ODKAZY

1. Strumpf E, Levesque JF, Coyle N, et al. Innovative and diverse strategies toward primary health care reform: lessons learned from the Canadian Experience (Inovatívne a rozmanité stratégie reformy primárnej zdravotnej starostlivosti: kanadské skúsenosti). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl. 1): S27–33.
2. Phillips RL. International learning on increasing the value and effectiveness of primary care (I LIVE PC), (Medzinárodné učenie ako zvýšiť hodnotu a efektívnosť primárnej starostlivosti). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl 1): S2–5.
3. Qidwai W, Khoja TAM, Inem V, et al. Strategies to improve status of family physicians: a perspective from an international collaboration (Stratégie na zlepšenie postavenia rodinných lekárov: perspektíva medzinárodnej spolupráce). *Middle East J of Family Medicine.* 2008; **6**(6): 12–19.
4. Qidwai W, Samani ZAA, Huda SA. Perceptions about family physicians: results of a patient survey in Karachi, Pakistan (Vnímanie rodinných lekárov: výsledok patientskeho prieskumu v Karáči, Pakistan). *Journal of Liaquat University of Medicine and Health Sciences.* 2004; **3**(2): 74–8.
5. Roland, Guthrie B, Thome DC. Primary medical care in the United Kingdom (Primárna lekárska starostlivosť v Spojenom kráľovstve). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25** (supp 1): S6–S11.
6. Qidwai W, Beasley JW, Francisco JGC, et al. The present status and future role of family doctors: a perspective from International Federation of Primary Care Research Networks (Aktuálne postavenie a budúca úloha rodinných lekárov: pohľad IFPCRN). *Primary Health Care Research and Development.* 2008; **9**: 172–82.
7. Heath I. Boundaries: complementarity and co-operation. The pivotal role of the general practitioner in relation to primary and secondary care (Hranice: komplementárnosť a spolupráca. Kľúčová úloha všeobecného praktického lekára v oblasti primárnej a sekundárnej starostlivosti). In: Scott Brown S (ed). *Physician Funding and Health Care Systems: an international perspective.* London: Royal College of General Practitioners, 1999.
8. Haight KR. Family medicine in the undergraduate curriculum: differing views on where from here? (Rodinné lekárstvo v pregraduálnom kurikule: rozdielne názoru na smerovanie) *Can Fam Physician.* 1987; **33**: 2792–4.
9. www.chanrobles.com/legal4nhia.htm
10. Goodyear-Smith F, Gauld R, Cumming J, et al. International learning on increasing the value and effectiveness of primary care (I LIVE PC) in New Zealand (Medzinárodné

- učenie ako zvýšiť hodnotu a efektívnosť primárnej starostlivosti na Novom Zélande). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl. 1): S39–44.
11. Nicholson C, Jackson CL, Marley JE, et al. The Australian experiment: how primary health care organizations supported the evolution of a primary health care system (Austrálsky experiment: ako organizácie primárnej zdravotnej starostlivosti podporili evolúciu systému primárnej zdravotnej starostlivosti). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl. 1): S18–26.
 12. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General practice and primary health care in Denmark (Všeobecné praktické lekárstvo a primárna zdravotná starostlivosť v Dánsku). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl. 1): S34–8.
 13. Van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in the Netherlands (Zdravotná starostlivosť v Holandsku). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl. 1): S12–17.
 14. Roland M, Guthrie B, Thome DC. Primary medical care in the United Kingdom (Primárna lekárska starostlivosť v Spojenom kráľovstve). *J Am Board Fam Med.* 2012; **25**(Suppl. 1): S6–11.
 15. Pereira Gray DJ. History of the Royal College of General Practitioners -the first 40 years (História Royal College of General Practitioners – prvých 40 rokov). *Br J Gen Pract.* 1992; **42**: 29–35.
 16. Royal College of General Practitioners. Fellowship by assessment. London: Royal College of General Practitioners 1995 (Occasional Paper 50, 2nd ed.).
 17. Fry J, Lord Hunt of Fawley, Pinsent RJFH. *A History of the Royal College of General Practitioners: the first 25 years.* Lancaster: MTP 1983.
 18. Steele RJF. *Can educational methods developed for training general practitioners in the UK be taught to doctors and nurses working in primary health care in Hungary?* Exeter: University of Exeter, 2000 (MPhil thesis).
 19. Rice T. Physicians' payment policies: impacts and implications. *Annual Review of Public Health.* 1997; **18**: 549–65.
 20. Safran D, Tarlov A, Rogers W. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems – results from the medial outcomes study. *Journal of the American Medical Association.* 1994; **271**(20): 1579–86.
 21. Vayda E. Physicians in health care management 5: payment of physicians and organisation of medical services. *Canadian Medical Association Journal.* 1994; **150**(10): 1583–7.
 22. Brcic V, McGregor MJ, Kaczorowski J, et al. Practice and payment preferences of newly practicing family physicians in British Columbia. *Can Family Physician.* 2012; **58**(5): e275–81.

23. Brown JS (ed). *Physician Funding and Health Care Systems: an international perspective*. London: The Royal College of General Practitioners 1999.
24. Ginsburg PB. Fee-for-service will remain a feature of major payment reforms, requiring more changes in medicare physician payment. *Health A (Millwood)*. 2012; **31**(9): 1977–83.
25. World Health Organization Regional Office for Europe. *European Health Care Reforms. Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe 1996 (document ICP/CARE 94 01/CN01).
26. Berwick DM. Quality of health care. Part 5: Payment by capitation and the quality of care. *The New England Journal of Medicine*. 1996; **335**(16): 1227–30.
27. Groenewegen P, van der Zee J, van Haafden R. *Remunerating General Practitioners in Western Europe*. Aldershot: Avebury, 1991.
28. Abel-Smith B. *An Introduction to Health Policy, Planning and Financing*. New York: Longman Group, 1994.
29. Tu K, Cauch-Dudek K, Chen Z. Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. *Can Fam Physician*. 2009; **55**(7): 719–27.
30. Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1989; **39**(320): 114–17.
31. Stearns SC, Wolfe BL, Kindig D. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry*. 1992; **229**(4): 416–25.
32. McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative. *Social Science and Medicine*. 1993; **36**(11): 1383–95.
33. World Health Organization. *World Health Report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*. Available at: www.who.int/whr/2010/en/index.html
34. World Health Organization. *Physician Funding and Health Care Systems – international perspective*. Geneva: World Health Organization, 1999.
35. Qidwai W, Ashfaq T, Khoja TAM, et al. Access to Person-Centered Care: A Perspective on Status, Barriers, Opportunities and Challenges from the Eastern Mediterranean Region. *Middle East J of Family Medicine*. 2012; **10**(6): 4–13.
36. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, et al. Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med*. 2007; **20**(6): 518–26.
37. Van Weel C, Knottnerus JA. Evidence-based interventions and comprehensive treatment. *Lancet*. 1999; **353**: 916–18.

38. The DOPC Writing Group. Conducting the direct observation of primary care study. *J Fam Pract.* 2001; **50**: 345–52.
39. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med.* 2001; **33**: 286–97.
40. Ceitlin J. Primary care research in Latin America, Portugal and Spain. *Fam Pract.* 1991; **8**: 161–7.
41. Fleming MF, Balousek SL, Grossberg PM, et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community primary care practices. *Journal of the American Medical Association.* 1997; **277**: 1039–45.
42. Collaborative Group of the Primary Prevention Project (PPP). Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomized trial in general practice. *Lancet.* 2001; **357**: 89–95.
43. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To Err is Human: building a safer health system.* Washington DC: Institute of Medicine and National Academy Press, 2000.
44. Makeham MAB, Kidd MR, Saltman DC, et al. The incidence of errors reported in General Practice. *Medical Journal of Australia.* 2006; **185**(2): 95–8.
45. Beasley JW. Practice-based research in the United States. *Primary Health Care Research and Development.* 2000; **1**: 135–7.
46. Stange KC. Primary care research: barriers and opportunities. *Journal of Family Practice.* 1996; **42**: 196–8.
47. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al. (eds). *Primary care: America's health in a new era.* Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 1996.
48. Mant D. *R&D in Primary Care: national working group report.* Wetherby: NHS Executive 1997.
49. Nutting PA, Green LA. Practice-based research networks: reuniting practice and research about the problems most of the people have most of the time. *Journal of Family Practice.* 1994; **38**: 335–336.
50. Nutting PA, Beasley JW, Werner JJ. Asking and answering questions in practice: practice-based research networks build the science base of family practice. *Journal of the American Medical Association.* 1999; **28**(8): 686–8.
51. van Weel C, Smith H, Beasley JW. Family practice research networks: experiences from 3 countries. *Journal of Family Practice.* 2000; **49**: 938–943.
52. Thomas P, Griffith F, Kai J, et al. Networks for research in primary health care. *British Medical Journal.* 2001; **322**: 588–90.
53. Meyers D. Introduction from the Agency for Healthcare Research and Quality. *J Am Board Fam Med* 2012; **25** (supp 1): S1.

54. American Academy of Family Physicians. *Practice-based research networks in the 21st century: the pearls of research*. Washington DC: MFP 1998.
55. Beasley JW. Lessons from the International Primary Care Network. *Journal of the American Board of Family Practice*. 1993; **6**: 419–420.
56. Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research. World Health Organization: Geneva, 1999.
57. van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med*. 2004; **2**(Suppl. 2): S5–16.
58. Australian Institute of Health and Welfare. Definitions of safety and quality of health care 2012. Available at: www.aihw.gov.au/sqhc-definitions
59. Woodward CA. *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills – developing quality health care: a process of change*. Geneva: World Health Organization 2000 (Issues in Health Services Delivery Discussion Paper No.1, Improving provider skills; document WHO/EIP/OSD/OO.1).
60. Makela M, Booth B, Roberts R, eds. Family doctors' journey to quality. Helsinki: Stakes National Research and Development Centre for Welfare and Health 2001.
61. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, et al. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health outcomes? *Journal of the American Medical Association*. 1999; **282**: 867–74.
62. Qidwai W, Dhanani RH, Khan FM. Implications for the practice of a Patient Expectation and Satisfaction Survey, at a teaching hospital in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2003; **53**(3): 122–5.
63. Alles V, Makela M, Persson L, et al. *Tools and methods for quality improvement in general practice*. Helsinki: Stakes 1998.
64. Kahssay HM. Health centres – the future of health depends on them. *World Health Forum*. 1998; **19**: 341–360.
65. Beasley JW, Hahn DL, Wiesen P, et al. The cost of primary care research. *Journal of Family Practice*. 2000; **49**: 985–9.
66. Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, et al. *Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st Century*. Washington: American Association for Public Health 1998.
67. KCE. *Comparison of cost and quality of two financing systems for primary health care in Belgium*. KCE Report 85A. Available at: kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027349_0.pdf
68. Gillam S J, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-Performance in the United Kingdom:

Impact of the Quality and Outcomes Framework – A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*. 2012; **10**(5): 461–8.

- ^{69.} The Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010. Available at: www.healthsocialaccountability.org
- ^{70.} De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract*. 2012; **62**: e522–4.

KAPITOLA 6

Rodinné lekárstvo v krajinách s príjmami na nižšej a vyššej strednej úrovni*

Cesta k všeobecnému zabezpečeniu zdravotnej starostlivosti je poznačená rôznymi prekážkami v dostupnosti zdravotných služieb, ktoré súvisia s vážnym nedostatkom zdrojov, fragmentáciou systémov zdravotnej starostlivosti a s nedostatočným sústredením sa na človeka. Odhaduje sa, že vo svete viac ako jedna miliarda ľudí nemá prístup k esenciálnym zdravotným službám. V mnohých krajinách s príjmami na nižšej a strednej úrovni zdravotné služby môžu byť pre obyvateľov príliš drahé (cenová bariéra) alebo môžu byť príliš ďaleko (bariéra v prístupnosti), alebo nie je dostatok zdravotníckych pracovníkov a pacienti musia dlho čakať (bariéra v dostupnosti), nezodpovedajú kultúrnym a rodovým preferenciám (bariéra prijateľnosti). To, ako ľudia vnímajú svoje potreby zdravotnej starostlivosti, mimo biologickej dimenzie svojich problémov, je pre poskytovateľov obvykle len marginálna záležitosť. Pacienti vyhľadávajú služby, ale tie sú často málo kvalitné, v určitých prípadoch až škodlivé. Navyše, služby bývajú fragmentované, zamerané iba na liečenie, t. j. nemocničné orientované na chorobu, a to všetko ďalej brzdí prístup k poskytovaniu služieb komplexnej a kvalitnej starostlivosti.

Tieto problémy sú v mnohých krajinách dlhodobé, prítomné vo všetkých oblastiach a vyžadujú si komplexné a koherentné riešenie. Zdravotné systémy, ak chcú dosiahnuť lepší stav zdravia a sociálne výsledky, musia „na prvé miesto dávať ľudí“. Musia reagovať na potreby a očakávania ľudí. Zdravotná starost-

* Autorské práva ku kapitole 6 má Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Všetky práva vyhradené. WHO povolila vydavateľovi vytlačiť túto kapitolu. Autori kapitoly 6 sú pracovníkmi WHO. Za názory predložené v tejto publikácii zodpovedajú autori a ich názory nemusia nevyhnutne predstavovať pohľad, rozhodnutia alebo politiku WHO.

livosť by sa mala zamerať na osobu ako celok, prispôbiť reakciu špecifikám komunity, rodiny a životnému kontextu jednotlivca. Služby, ak majú byť viac relevantné, musia vynaložiť väčšie úsilie naplňovať potreby celej populácie, a pritom zároveň riešiť špecifické potreby určitých podskupín populácie.

Od prijatia Deklarácie z Alma-Aty v r. 1978 sa primárna zdravotná starostlivosť uznáva ako jeden z kľúčových komponentov efektívneho zdravotného systému a ako základná stratégia na dosiahnutie zdravia pre všetkých. Zdravotné systémy založené na silnej primárnej starostlivosti dosahujú lepšie a spravodlivejšie výsledky v oblasti zdravia, sú efektívnejšie, majú nižšie náklady na zdravotnú starostlivosť a vedia dosahovať vyššiu mieru spokojnosti ako systémy so slabou orientáciou na primárnu zdravotnú starostlivosť. Skúsenosti z rozvinutejších aj menej rozvinutých krajín ukazujú, že primárna zdravotná starostlivosť sa dá prispôbiť a interpretovať tak, aby zodpovedala širokej škále politických, sociálnych a kultúrnych prostredí.¹

Vo svete silnie konsenzus o oblastiach, v ktorých treba zdravotný systém transformovať. Svetová správa o zdraví 2008 Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) uvádza štyri smerovania politiky, ktoré preorientujú zdravotné systémy k prístupu založenému na primárnej zdravotnej starostlivosti. Popri smerovaní k všeobecnému zabezpečeniu starostlivosti, aspektu zdravia v každej politike a inkluzívnejšiemu spravovaniu zverených zdrojov WHO odporúča reorganizovať zdravotné služby a sústrediť ich na potreby a očakávania ľudí.² V r. 2009 Svetové zdravotnícke zhromaždenie prijalo rezolúciu o primárnej zdravotnej starostlivosti, v ktorej apelovalo na krajiny, aby

človek bol v centre zdravotnej starostlivosti prostredníctvom ... modelov poskytovania starostlivosti zacielených na miestnu a okresnú úroveň, kde sa budú poskytovať služby komplexnej primárnej zdravotnej starostlivosti vrátane podpory zdravia, prevencie ochorení, liečebnej starostlivosti a paliatívnej starostlivosti, ktoré budú integrované s ďalšími úrovňami starostlivosti a budú sa podľa potreby koordinovať.³

Nedávno, v r. 2011, Svetové zdravotnícke zhromaždenie prijalo Rezolúciu WHA64.9 uvádzajúcu, že všeobecné zabezpečenie starostlivosti sa nedá dosiahnuť bez vyriešenia prekážok poskytovania vysokokvalitných, na ľudí orientovaných služieb v jednotlivých krajinách.⁴

Základné charakteristiky rodinného lekárstva a ich odvodené atribúty umožňujú rodinným lekárom podstatnou mierou prispievať k dosiahnutiu cie-

ľa všeobecného zabezpečenia zdravotnej starostlivosti prostredníctvom služieb primárnej starostlivosti orientovaných na rodinu a komunitu. Je to preto, lebo podstatné atribúty rodinnej praxe sú úplne zosúladené s princípom sústreďovania sa na ľudí a zahŕňajú atribúty ako všeobecnosť, komplexná, koordinovaná a kontinuálna starostlivosť, spolupráca; orientácia na rodinu a komunitu; a ďalšie.

WHO v tomto kontexte prispela do tejto knihy osobitnou kapitolou venovanou rodinnému lekárstvu v krajinách so strednými príjmami na nižšej a vyššej úrovni, pričom vychádzala zo skúseností v Brazílii, Číny, regiónu východného Stredomoria a Thajska. Je nádej, že skúsenosti získané v týchto krajinách pomôžu podprieť argumenty o potrebnosti a priechodnosti zavedenia rodinného lekárstva aj v prostredí so zdrojmi na strednej a nízkej úrovni. Každá prípadová štúdia prináša všeobecné informácie o krajine, uvádza hlavné problémy zdravotného systému; vysvetľuje reformy zdravotného systému v krajine, zahŕňa analýzy trendov, hlavných faktorov zmeny a smerovanie, pre ktoré sa krajina rozhodla; hlavné skúsenosti s realizáciou procesu vrátane prekážok a priaznivých okolností, a nakoniec výsledky a vplyv reformy.

Mnohé rôznorodé krajiny ukazujú, že rodinné lekárstvo, resp. miestnym potrebám prispôsobená verzia môže zlepšiť spokojnosť populácie, ako aj klinické výsledky a zdravie obyvateľov v krajinách s príjmami a zdrojmi na strednej a nízkej úrovni, najmä ak je zahrnuté v širších reformách sektora. Výrazné príklady nachádzame v Brazílii, Číne, Thajsku a určitých krajinách stredozemného regiónu, i keď konkrétne formy rodinného lekárstva a na rodinu orientovaných modelov starostlivosti sa medzi týmito krajinami líšia. Miera úspešnosti rodinného lekárstva, resp. jeho miestnej adaptovanej verzie v krajinách s príjmami na nižšej strednej úrovni je menej zreteľná vzhľadom na obmedzený počet skúmaných krajín v tejto príjmovej skupine.

Prípad Brazílie, v reforme primárnej zdravotnej starostlivosti, je jasným dôkazom ústrednej úlohy tímov rodinných lekárov a ich starostlivosti, založenej na komunite. Brazílsky systém národného zdravotníctva je založený na všeobecnej a komplexnej dostupnosti, ktorú monitoruje komunita a ktorá je organizovaná decentralizovaným, líniovo riadeným a regionálnym spôsobom. Národná politika primárnej zdravotnej starostlivosti bola zavedená v r. 2006 na základe predchádzajúceho úspešného programu komunitných zdravotníckych pracovníkov a programu rodinného zdravotníctva v 90-tych rokoch 20. storočia. Srdcom tohto modelu sú multidisciplinárne tímy, ktoré pracujú

koordinovane, aby efektívne poskytovali služby, ktoré ľudia skutočne potrebujú. Rodinní lekári v tomto tíme zastávajú kľúčovú úlohu a podporujú ich komunitní zdravotnícki pracovníci. Napriek pretrvávajúcim problémom, ako napr. limitovaný počet kvalifikovaných rodinných zdravotníckych pracovníkov, reforma sa považuje za veľký úspech a má viditeľný pozitívny vplyv na kľúčové zdravotné a socioekonomické ukazovatele.

Pôvodný komunitný systém primárnej zdravotnej starostlivosti v Číne, postavený na koncepte „bosého doktora“, bol v r. 1978, po Kultúrnej revolúcii a hospodárskych reformách, nahradený centralizovaným systémom zdravotnej starostlivosti, ktorý bol postavený na inštitucionálnej starostlivosti. Skoršie pokusy zaviesť špecializačný odbor všeobecné praktické lekárstvo a rodinné lekárstvo boli do určitej miery úspešné, ale tento odbor zostal nerozvinutý, keďže sa mu nedostalo uznania ani zdrojov. Až v r. 2006 pri reforme zdravotného systému cieľ všeobecných služieb primárnej zdravotnej starostlivosti podporil zavedenie všeobecného praktického lekárstva v Číne. Kritickým faktorom tohto úspechu bolo zavedenie systému všeobecného zdravotného poistenia, solídne investície do školenia pre rodinných lekárov a podpora od expertov, akademikov, ako aj zdravotníckych pracovníkov na základnej úrovni.

Čínsky model sa aktívne realizuje v mnohých regiónoch, s lekármi primárnej starostlivosti vykonávajúcimi „gatekeeping“ v rámci hierarchického systému odosielania pacientov a pri investíciách do zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti. Prístup a spravodlivosť v dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti sa odvtedy zlepšil.

Posilnenie zdravotných systémov v krajinách východného Stredomoria je postavené na hodnotách a princípoch primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorá si osvojila rodinné lekárstvo ako prístup na poskytovanie základných zdravotných služieb. Model sa vytvára a je v relatívne ranom štádiu rozvoja. Vo väčšine krajín kompletný model praxe rodinného lekára neexistuje a v mnohých sa zavádzajú len určité jeho komponenty. Úspešné príklady nájdeme všade v regióne, pričom programy rodinného zdravotníctva prispievajú k výraznému zlepšeniu zdravotných ukazovateľov. V Jordánsku sa inštitúcii UNRWA (Úrad Organizácie Spojených národov pre pomoc a prácu v prospech palestínskych utečencov na Blízkom východe) podarilo zriadiť program komunitnej starostlivosti rodinných lekárov, ktorý má charakteristiky komplexného systému. V Iráne je základom Sieť primárnej zdravotnej starostlivosti tím rodinného lekára. Sieť je vybudovaná okolo tzv. domov zdravia, ktoré majú na starosti jasne určené sku-

piny obyvateľov, sieť komunitných zdravotníckych pracovníkov a jednoduchý, ale pritom účinný zdravotný informačný systém. V Egypte bol model rodinného lekára prijatý ako súčasť reformy zdravotníctva.

Thajský zdravotný systém, ktorého história siaha do 80-tych rokov 19. storočia, bol tradične zakotvený v nemocničnej starostlivosti. Preto keď sa zaviedol koncept rodinného lekárstva, rodinný lekár sa okamžite vnímal ako lekár v nemocnici, ale bez konkrétnej špecializácie. Keď v 90-tych rokoch 20. storočia zosilnela politická snaha zaviesť všeobecnú zdravotnú starostlivosť, reforma primárnej starostlivosti bola nevyhnutná a urgentná – a v tomto kontexte rodinné lekárstvo a komunitné lekárstvo napokon začalo napredovať v Thajskej medicínskej kultúre, pôvodne založenej na nemocničnej starostlivosti. Stratégia, ktorá zohrala podstatnú úlohu v presadení reformy, bola stratégia „demonštrácie“ a „rozšírenia“. Myšlienka „demonštračných zdravotných stredísk“ spočívala v tom, že sa vypracoval a realizoval koncept demonštračnej praxe rodinného lekára v niekoľkých vybraných oblastiach, aby sa vzbudil záujem a dopyt po primárnej zdravotnej starostlivosti. Keď sa o niekoľko rokov zaviedla politika všeobecnej zdravotnej starostlivosti, prax rodinného lekára ako uholný kameň sektoru zdravotníctva už dokázala svoju hodnotu, a preto sa ujala ako osvedčený model starostlivosti.

Všetky tieto prípadové štúdie zreteľne osvedčujú základné koncepty rodinného lekárstva, ako ich propaguje WONCA: komplexný prístup a individuálna starostlivosť v rámci kontextu rodiny a komunity. Takmer vo všetkých skúmaných krajinách tieto koncepty boli včlenené do reformy zdravotníctva a previazané s cieľom všeobecnej zdravotnej starostlivosti. Keď sú tieto koncepty skutočne základom nového poskytovania starostlivosti, rodinné lekárstvo v rámci modelu starostlivosti orientovanej na rodinu a komunitu má reálne preukázateľnú pridanú hodnotu.

Tieto prípadové štúdie priniesli niekoľko poučných skúseností: po prvé, reformy smerom k starostlivosti orientovanej na rodinu sa nezavádzajú ľahko a všetky skúmané krajiny prešli obdobím počiatočných ťažkostí, kým prax rodinného lekárstva zapustila korene. Až keď bola cieľom zdravotnej politiky všeobecná zdravotná starostlivosť a sfunkčnenie všeobecného pokrytia zahŕňalo reformu primárnej zdravotnej starostlivosti, nastal progres v prístupe založenom na multidisciplinárnej rodinnej starostlivosti. Interpretácia a miestne prispôbienie praxe rodinného lekára sa medzi spomínanými krajinami značne líši. V mnohých krajinách prax rodinného lekára nemusí nevyhnutne vykonať

vať lekár so špecializáciou na rodinné lekárstvo, a to je stále významný nedostatok zavedených reforiem.

Po druhé, rodinné lekárstvo ako medicínska špecializácia môže maximalizovať svoj prínos k modelom rodinnej a komunitnej starostlivosti, ak budú rodinní lekári súčasťou interdisciplinárnych tímov. Investície do vzdelania a výcviku rodinných lekárov a sestier, ako aj pridružených zdravotníckych profesií si vyžadujú politickú vôľu realizovať reformy. Ešte dôležitejšie je zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť, aby bola k dispozícii vysokokvalitná pracovná sila vyškolená v duchu hodnôt primárnej starostlivosti a všeobecnej starostlivosti.

Po tretie, pilotné projekty rodinnej starostlivosti môžu predstavovať efektívny spôsob zavádzania primárnej zdravotnej starostlivosti v komunitách. V Thajsku a niekoľkých krajinách východného Stredomoria pilotné projekty poslúžili na odskúšanie prístupu a na zhodnotenie súvisiacich problémov, ako aj na popularizáciu konceptu a preukázanie prínosu pre komunitu.

Po štvrté, rodinné lekárstvo potrebuje v rámci modelu starostlivosti orientovaného na rodinu a na komunitu zaviesť pevnú koordináciu s ďalšími úrovňami špecializovanej starostlivosti s cieľom garantovať kontinuitu starostlivosti naprieč rôznymi úrovňami a kontextmi starostlivosti. Aj v úspešných prípadoch rýchleho rozšírenia primárnej zdravotnej starostlivosti sa vo väčšine analyzovaných prípadových štúdií uskutočňovanie tejto koordinácie prejavilo ako veľmi náročné.

Napokon, z týchto exemplárnych prípadových štúdií sme sa dozvedeli, že jadro primárnej zdravotnej starostlivosti a všeobecná starostlivosť je skutočne záležitosť komunity. Bez zapojenia komunity sa zavedenie tímov rodinnej starostlivosti ako základu primárnej zdravotnej starostlivosti, všeobecnej starostlivosti, nedá dosiahnuť. Bez ohľadu na podmienky v Brazílii, Číne, krajinách východného Stredomoria alebo Thajsku znovu a opäť vidíme, že zapojenie komunity pri navrhovaní stratégií zdravotnej starostlivosti už nie je ničो nepovinné.

6.1 JEDNOTNÝ ZDRAVOTNÝ SYSTÉM V BRAZÍLIÍ: PRIMÁRNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ V AKCII

Brazília je federálna republika, ktorú tvoria tri kategórie jednotiek so samosprávou: federácia, štáty a obce. Rozloha krajiny je 8 511 996 km², má päť makro regiónov (Sever, Severovýchod, Východ, Juhozápad, Juh a Stredný západ), 26 štát-

to, jeden federálny dištrikt a 5565 obcí. S celkovým počtom obyvateľov 190 755 799 (Brazílsky geografický a štatistický úrad, sčítanie ľudu v r. 2010)⁵ je Brazília piata najľudnatejšia krajina sveta. Hustota osídlenia je nerovnomerná, najväčšia je na Juhozápade (42 %) a Severovýchode (28 %).

Brazília je šiesta najväčšia ekonomika sveta. Celkové výdavky na zdravotníctvo v r. 2010 boli približne 161 miliárd USD, resp. ekvivalent 8,4 % hrubého domáceho produktu. Z týchto výdavkov 45 % išlo na verejné zdravotníctvo (76 miliárd USD) a 55 % bolo v súkromnom sektore (85 miliárd) vo forme platieb od pacientov, do súkromného zdravotného poistenia a platieb za lieky.⁴ Medián očakávanej dĺžky života je 73,4 rokov a dojčenská úmrtnosť je 15,6 na 1000 živo narodených detí.⁵

Systém brazílskeho národného zdravotníctva priniesla ústava v r. 1998. Systém konsolidoval významný progres spoločnosti, ktorý nastal po páde vojenskej diktatúry. Je to systém zdravotníctva postavený na všeobecnom a komplexnom prístupe, ktorý monitoruje komunita a organizuje sa na decentralizovanom základe, s líniovým manažmentom a na regionálnom základe, kde zabezpečiť poskytovanie zdravotných služieb je primárne povinnosťou obce, ale ich financovanie je založené na tripartitnom modeli.

Pred prijatím reformy zdravotníctva, ktorá viedla k zavedeniu Jednotného zdravotného systému v zmysle zákona č. 8.080 z r. 1990,⁶ zdravotnú starostlivosť financoval Národný ústav sociálneho zabezpečenia a jeho pôsobnosť bola limitovaná na obyvateľov s oficiálnym zamestnaním. Brazílčania, ktorí nevedeli zaplatiť za zdravotné služby, sa spoliehali na charitatívne služby v cirkevných nemocniciach alebo v určitých útvaroch na klinikách, ktoré sa zameriavali na prenosné choroby alebo na choroby matiek a detí.

Rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti v Brazílii

História primárnej zdravotnej starostlivosti v Brazílii siaha do 20-tych rokov 20. storočia, kedy boli založené centrá zdravotnej výchovy, ktoré sa zameriavali na prevenciu ochorení.⁷ Model Špeciálnej verejnej zdravotnej služby, ktorý kombinoval preventívny a terapeutický prístup v oblasti prenosných chorôb, prevažoval v 40-tych rokoch 20. storočia. Štátne zdravotné kliniky vznikli v 60-tych rokoch 20. storočia a zapracovali medicínsku liečbu do preventívnych programov, pričom tento model sa opäť aplikoval len na vertikálne programy pre oblasť prenosných chorôb matiek a detí. Sieť zdravotných kliník sa v 70-tych

rokoch 20. storočia rozšírila prostredníctvom zjednodušeného modelu selektívnej primárnej zdravotnej starostlivosti.

V určitých brazílskych mestách boli zavedené modely primárnej zdravotnej starostlivosti viazané na medicínske rezidenčné programy, napr. v Porto Alegre s Murialdo Teaching, Vitóriade Santo Antão in Pernambuco, Komplexné lekárske služby v štátnej univerzite v Rio de Janeiro, Petropolis, Vitória, Natal, Cotia, Pelotas, Sete Lagoas a Joinville. Týmto iniciatívam však chýbal impulz, ktorý by viedol k ich inštitucionalizácii ako verejnej politiky aspoň v ich vlastných regiónoch. Proces decentralizácie zdravotnej starostlivosti sa začal v 80-tych rokoch 20. storočia, keď obce prevzali zodpovednosť za zdravotné strediská. Paralelne s týmto procesom sa uskutočňovali iné experimenty v rámci obcí, napr. na Lekárskej fakulte Univerzity São Paulo boli gynekológovia, pediatri a ďalší klinici, ktorí dodržiavali programový prístup k zdraviu detí, žien a dospelých. Inšpirovali sa kubánskym programom rodinného lekára v Niterói, t. j. jedného všeobecného praktického lekára a sestry, ktorí sa starali približne o 250 rodín.

V 90-tych rokoch 20. storočia obce zabezpečovali poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zmysle smerníc Federálnej ústavy pre decentralizáciu zdravotných služieb. Po celej krajine sa rozšírili zdravotné strediská, ale trpeli vážnym nedostatkom adekvátnej infraštruktúry, nízkou mierou vyriešenia prípadov, minimálnou úrovňou vykonávania úkonov a poskytovaním služieb, sústredených len na selektívnu primárnu zdravotnú starostlivosť – ako je obvyklé v chudobnejších krajinách, napr. na sledovanie rastu dieťaťa, orálnu rehydratáciu, dojčenie a očkovanie. Nezreteľná signalizácia a navigovanie k miestam vstupu do Jednotného zdravotného systému a zlá dostupnosť týchto miest spôsobili, že pacienti využívali špecializované ambulantné služby v nemocniciach a nemocničné pohotovosti na poskytovanie bežných rutinných zdravotných služieb.⁸

Významný impulz na vytvorenie Programu rodinného zdravotníctva v 90-tych rokoch 20. storočia bol úspech Programu komunitných zdravotníckych pracovníkov. Pôvodne to bol krízový program na zníženie dojčenskej úmrtnosti v štáte Ceará.

Vzhľadom na extrémne nízke zabezpečenie lekárskeho a zdravotného služieb v regiónoch, kde sa pôvodne realizoval Program komunitných zdravotníckych pracovníkov, sa zaviedli určité lekárske služby s cieľom rozšíriť kvalitatívny aj kvantitatívny rozsah zdravotných výkonov. Výsledkom bolo, že sa zaviedol Program rodinnej zdravotnej starostlivosti ako náhrada za všetky existujúce modely vstupných miest v celej krajine do Jednotného zdravotného systému.

Konsolidácia stratégie rodinnej zdravotnej starostlivosti

V r. 2006 bol tento program opäť zavedený ako Národná politika primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorej vyhlásený cieľ je „konsolidovať a zaviesť Stratégiu rodinného zdravotníctva ako hlavného modelu primárnej zdravotnej starostlivosti a uzla sietí zdravotnej starostlivosti v Jednotnom zdravotnom systéme.“⁹

Rodinné zdravotníctvo zahŕňa podporu a ochranu zdravia, diagnostiku, prevenciu komplikácií, liečbu, obnovenie a udržiavanie dobrého zdravotného stavu. Je uprednostňovaným miestom kontaktu medzi zdravotným systémom a jeho používateľmi a formujú ho princípy ako univerzálnosť, dostupnosť a koordinácia, vzájomná nadväznosť a kontinuita, integrácia, zodpovednosť, ľudskosť, spravodlivosť v dostupnosti starostlivosti a komunitná spoluúčasť.⁹ Tento súbor princípov a smerníc je odrazom želania Brazílie vybudovať komplexný systém primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorý má široký rozsah, je inkluzívny, na rozdiel od systému selektívnej primárnej zdravotnej starostlivosti so základnými balíkmi pre „chudobných“.

Inštitút určitej formy per capita financovania rodinného zdravotníctva – Fond základnej starostlivosti – umožnil rýchle rozšírenie tohto modelu a vysoký počet miest sa prihlásil k tejto stratégii. Popri tom boli schválené špeciálne stimuly na zabezpečenie lekárskeho služieb v komunitách potomkov otrokov (quilombolas), vo vidieckych sídlach, populáciách domorodých obyvateľov a vo všetkých obciach v Brazílii s nízkym indexom rozvoja.

Rodinné zdravotníctvo v Brazílii má tri dôležité vlastnosti, ktorými sa odlišuje od systémov primárnej zdravotnej starostlivosti v iných krajinách:

1. Multidisciplinárne tímy majú na starosti geografické oblasti a ich obyvateľov. Úlohy tímov sú: adekvátnym spôsobom identifikovať operačné, organizačné alebo sociálne problémy.
2. Prítomnosť komunitných zdravotníckych pracovníkov.
3. Zdravie ústnej dutiny je zahrnuté do systému verejného zdravotníctva.

Problém trojnásobného bremena chorobnosti v rozvíjajúcich sa krajinách je imperatívom pre koordinovanú tímovú prácu multidisciplinárnych tímov s cieľom efektívne poskytovať služby, ktoré ľudia aktuálne potrebujú. Tímy rodinného zdravotníctva musia byť multidisciplinárne a ich členmi by mali byť minimálne všeobecný praktický lekár, sestra, lekárov asistent, technik na úrovni

sestry a komunitní zdravotníckí pracovníci. V tíme môžu byť aj zdravotníckie profesie ako zubný chirurg, zubný asistent a/alebo technik orálneho zdravia.

Každý tím rodinného zdravotníctva by v ideálnom prípade mal mať na starosti od 3000 do 4000 osôb, podľa socioekonomického profilu populácie, alebo nižší počet osôb, ak je populácia sociálne zraniteľnejšia. Maximálny pomer medzi komunitnými zdravotníkmi a počtom osôb v starostlivosti by mal byť 1:750.⁹ Podporné jednotky pre rodiny tvoria profesionáli z rôznych oblastí odboru a boli vytvorené v r. 2008, aby pracovali viac integrovaným spôsobom. Ich úlohou je podporovať tímy rodinného zdravotníctva v rámci sietí zdravotnej starostlivosti, a tak rozširovať dosah a kapacity jednotlivých tímov na riešenie prípadov.¹⁰

Poslanie tímov je:

- ▶ byť súčasťou procesu zonácie a mapovania oblasti zdravotnej intervencie tým, že identifikujú ohrozené skupiny, rodiny a jednotlivcov alebo tých, čo sa nachádzajú v zraniteľnej situácii;
- ▶ aktualizovať záznamy o rodinách a jednotlivcoch a využívať tieto dáta na rutinné monitorovanie zdravia;
- ▶ poskytovať zdravotnú starostlivosť obyvateľom, za ktorých sú zodpovední, primárne v prostredí zdravotných zariadení, ale aj tam, kde je to nevyhnutné, v domácnostiach a inde v prostredí komunity, a pritom uplatňovať prístup komplexnej starostlivosti prostredníctvom činností na podporu, ochranu a obnovu zdravia a na predchádzanie komplikáciám;
- ▶ garantovať dostupnosť liečby, ak to bude potrebné;
- ▶ vykonávať programové, kolektívne aktivity a dohľad nad zdravotnou situáciou;
- ▶ aktívne vyhľadávať prípady a nahlasovať povinne ohlasované ochorenia a komplikácie a ďalšie problémy a situácie miestneho významu;
- ▶ niesť zodpovednosť za pridelenú populáciu zabezpečením koordinácie starostlivosti, aj vtedy, keď si stav pacienta vyžaduje liečbu v inom zariadení v rámci zdravotného systému;
- ▶ poskytovať rodinnú starostlivosť a liečbu v prostredí kolektívnych a komunitných skupín, majúúc na zreteli, ako môže vykonanie intervencií ovplyvniť zdravotné a chorobné procesy jednotlivcov, rodín, skupín a celej komunity;
- ▶ usporadúvať stretnutia tímu a spoločne diskutovať, plánovať, hodnotiť tímové činnosti na základe zhromaždených dostupných údajov;

- ▶ rutinne monitorovať a vyhodnocovať pokračujúce aktivity so zreteľom na možnosť prípadných úprav pracovných procesov;
- ▶ zabezpečiť kvalitné zaznamenávanie činnosti v informačných systémoch o základnej starostlivosti;
- ▶ vykonávať zdravotnú výchovnú/osvetovú činnosť pre pridelenú populáciu;
- ▶ identifikovať partnerov a zdroje v komunite, ktoré by mohli posilniť medzi-sektorové a komunitné monitorovacie činnosti.

Poslanie lekárov – členov tímov je:

- ▶ poskytovať zdravotnú starostlivosť osobám, za ktoré sú zodpovední;
- ▶ uskutočňovať klinické konzultácie, vykonávať menšie chirurgické zákroky, zúčastňovať sa na skupinových činnostiach v základných zdravotných zariadeniach a ak je to indikované alebo nevyhnutné, v domácnosti a/alebo inom komunitnom prostredí, napr. v školách;
- ▶ vykonávať programové aktivity a poskytovať liečbu tak, ako je potrebná, a vtedy, keď je potrebná;
- ▶ keď je to nevyhnutné, odoslať pacientov do iných zdravotných zariadení a sledovať, kde sa nachádzajú, a pritom si plniť naďalej svoju povinnosť dohliadať na plán liečby pacienta;
- ▶ konzultovať s ďalšími zdravotnými zariadeniami a odporúčať prijatie pacienta do nemocnice alebo mu nariadiť domácu liečbu a po celý čas mať na pamäti zodpovednosť za dohľad nad starostlivosťou o pacienta.

Brazílsky model týmto spôsobom kombinuje klinické aspekty s činnosťami verejného zdravotníctva a poskytuje starostlivosť postavenú na ochrane a podpore zdravia, komunitnej spoluúčasti prostredníctvom zdravotnej výchovy a osvedy, na komplexnej a kontinuálnej starostlivosti, koordinácii s miestnym zdravotným systémom, na ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov a na konkurencieschopných platoch pre personál a podpore komunitnej spoluúčasti.¹¹

Rodinné zdravotníctvo je teraz verejná politika v Brazílii a je na vysokej pozícii v agende manažérov Jednotného zdravotného systému. V krajine pôsobí 33420 tímov rodinného zdravotníctva, ktoré poskytujú starostlivosť pre 55 % populácie; 256 847 komunitných zdravotníkov sa stará o 65 % populácie, 20 113 tímov o zdravie ústnej dutiny a 1250 jednotiek, ktoré pôsobia v celej krajine, sa stará o podporu rodín.¹²

Dosiahnuté výsledky

Pozitívne výsledky zaznamenané vo viacerých štúdiách rodinného zdravotníctva berú do úvahy škálu faktorov ako hodnotenie od pacientov, manažérov a zdravotníkov,^{13–15} škálu ponúkaných zdravotných činností, dostupnosť a využívanie zdravotných služieb,^{16–20} zníženie dojčenskej úmrtnosti,^{21–23} zníženie počtu prijatí do nemocnice so stavom, ktorý sa dal riešiť a liečiť na úrovni primárnej starostlivosti,^{24–28} a zlepšenie socioekonomických ukazovateľov populácie.⁶

Dojčenská úmrtnosť

Štúdia vykonaná v rokoch 1990 – 2002 ukazuje, že 10-percentný nárast počtu obyvateľov v starostlivosti rodinného zdravotníctva priniesol zníženie dojčenskej úmrtnosti o 4,6 %, a tak mal počas sledovaného obdobia väčší vplyv ako lepší prístup k pitnej vode (2,9 %) a zvýšenie počtu nemocničných lôžok (1,3 %). Jediný faktor, ktorý mal významnejší vplyv na dojčenskú úmrtnosť, bola úroveň vzdelania matiek.²¹

Nemocničná morbidita

V rokoch 1999 a 2006 klesla miera hospitalizácií so stavmi, ktoré sa dali liečiť na úrovni primárnej starostlivosti, o 20 %, čo bol dvakrát rýchlejší pokles ako v prípade hospitalizácií z iných dôvodov. Pokles miery hospitalizácií žien v troch kategóriách liečiteľných chronických stavov v obciach, kde sa rozšírilo pokrytie rodinným zdravotníctvom, prinieslo úspory vo výške 120 miliónov reálov (približne 60 miliónov USD).²⁷

V jednej štúdii sa analyzovali hospitalizácie dospelých pacientov starších ako 20 rokov, ktorí boli hospitalizovaní so stavom, ktorý sa dal liečiť na úrovni primárnej starostlivosti, v počte viac ako 60 miliónov hospitalizácií v období rokov 1999 a 2007. Táto miera hospitalizácií klesala o 5 % za rok, keď sa regulovali faktory ako ročný príjem na hlavu, úprava vody, negramotnosť, zdravotné poistenie u lekára ročne na hlavu (per capita), predčasná úmrtnosť a vek. Pokrytie obce rodinným zdravotníctvom bol najvýznamnejší prediktívny faktor v redukcii miery hospitalizácií pacientov so stavom, ktorý sa dal liečiť na úrovni primárnej starostlivosti u dospelých, spolu s nedostatkom alebo nižším počtom lôžok v súkromných nemocniciach.²⁵

Štúdiá vykonaná v obci Belo Horizonte bezprostredne po zriadení viac ako 500 tímov rodinného zdravotníctva uvádza 26,4-percentné zníženie miery hospitalizácií so stavmi, ktoré sa dali liečiť na úrovni primárnej starostlivosti v priebehu 4 rokov. Táto miera bola vyššia u žien s nízkym príjmom a prítomnosť toho istého lekára v tíme počas dlhšieho obdobia korelovala so znížením počtu o 11 hospitalizácií na 10 000 žien za rok.²⁸

Zmenšovanie nerovností

Údaje získané v národnom výberovom zisťovaní domácností za rok 2008³⁰ uvádzajú, že mnohí členovia najzraniteľnejších skupín obyvateľov boli zahrnutí do Jednotného zdravotného systému. 62 % rodín bez príjmu alebo s jednou minimálnou mzdou sa zaregistrovalo v rodinných zdravotných tímoch a 63,8 % domácností s hlavou rodiny s minimálne 1 rokom formálneho vzdelania sa liečilo v starostlivosti tímov rodinného zdravotníctva.

V prípade určitých socioekonomických ukazovateľov nedávna štúdiá uvádza, že zavedenie rodinných zdravotných tímov v chudobných regiónoch Brazílie už koreluje so zvýšenou zamestnanosťou dospelých, znížením plodnosti, dlhšími intervalmi medzi graviditami a vyššou mierou školskej dochádzky u mladistvých.²⁹

Podľa prieskumu populácie vykonanom v roku 2008 na základe historických štúdií autorov White et al. (1961)³¹ a Green et al. (2001),³² ktoré sa zamerali na zhodnotenie dostupnosti a využívania služieb v Brazílii, miera domácej starostlivosti o seniorov bola vyššia ako uvádzali štúdie skúmajúce populáciu v Severnej Amerike a Británii.³³ Štúdiá z roku 2006 ukazuje, že rodinné zdravotníctvo dosiahlo lepšie výsledky ako tradičný model v oblasti zdravotnej starostlivosti o seniorov – lepšia dostupnosť, multidisciplinárny tím vedel lepšie naplňať požiadavky, lepšie poskytovanie konzultácií a návštev u lekára, zabezpečenie liekov, aktívny prístup k skupinám seniorov s chronickými ochoreniami a lepšia dostupnosť starostlivosti v prostredí domova vrátane starostlivosti pre osoby s postihnutím motorických funkcií.¹⁹

Spokojnosť obyvateľov

Výskum, ktorý publikoval Inštitút pre aplikovaný ekonomický výskum v r. 2011,³⁴ hodnotil, ako verejnosť vníma služby poskytované v rámci Jednotné-

ho zdravotného systému a súkromné zdravotné poistenie, a ukázal, že respondenti vo všetkých regiónoch najvyššie ocenili liečbu od rodinných zdravotných tímov hodnotiacimi výrazmi „veľmi dobré“ alebo „dobré“, čo bolo skóre spokojnosti takmer dvakrát také ako hodnota zaznamenaná u využívatelov konvenčných zdravotných služieb. Podiel nespokojných používateľov rodinných zdravotných tímov bol šesťkrát menší ako podiel nespokojných s pohotovostnými službami a konvenčnými zdravotnými zariadeniami.

Určité štúdie porovnávali kvalitu starostlivosti, ktorú poskytovali rodinné zdravotné tímy, s kvalitou starostlivosti, ktorú poskytovali v rámci iných modelov primárnej zdravotnej starostlivosti napr. kliniky pre dospelých, a tieto štúdie uvádzali lepšie výsledky v ukazovateľoch primárnej starostlivosti u gynekológov a pediatrov. Harzheim et al.¹⁸ verifikovali, že deti spájané s tímami rodinnej starostlivosti mali lepšiu šancu dostať vysokokvalitnú primárnu starostlivosť v porovnaní s deťmi spájanými s konvenčnými základnými zariadeniami a že vysokokvalitná primárna starostlivosť je spojená s vyššou mierou spokojnosti a lepším zdravotným stavom, ako ju vníma poskytovateľ starostlivosti. Táto štúdia porovnávala kvalitu starostlivosti, ktorú poskytovali lekári pôsobiaci v tímoch rodinného zdravotníctva, so službami pediatrov, ktorí pracovali v základných zdravotných zariadeniach.

V obci Curitiba tímy rodinného zdravotníctva s rodinnými lekármi pojali paradigmu primárnej zdravotnej starostlivosti užšie ako konvenčné zariadenia, napr. kliniky pre dospelých, pediatri a gynekológovia.³⁵

Poskytovanie služieb v oblasti dentálneho a orálneho zdravia prostredníctvom dentálnych a orálnych zdravotných tímov zaintegrovaných do rodinného zdravotníctva viedlo k 49-percentnému nárastu počtu dentistov pôsobiacich v systéme rodinného zdravotníctva. Medzi rokmi 2003 a 2008 v Brazílii 17,5 milióna občanov navštívilo zubára a vplyv tejto skutočnosti bol najvýznamnejší v rodinách s príjmami do dvojnásobku minimálnej mzdy. Za 7 rokov, odkedy sa v r. 2003 program zaintegrovaných tímov dentálneho a orálneho zdravia rozšíril, index zubného kazu u detí vo veku 12 rokov klesol o 26 %, a tak sa Brazília dostala do skupiny krajín v nízkou prevalenciou zubného kazu.³⁶

V prieskume zameranom na komunitných zdravotných pracovníkov a ich pozitívny vplyv na dosiahnutie miléniových rozvojových cieľov, brazílska skúsenosť s komunitnými zdravotníkmi dosiahla najvyššie skóre v porovnaní s ďalšími 8 krajinami v 3 regiónoch.³⁷

Významný progres sa podarilo dosiahnuť v regulácii profesie komunitných zdravotníkov napr. zvýšením priemernej úrovne ich zaškolenia a aj tým, že ich pracovné pozície nadobudli stabilnejšiu formu. V r. 2001 malo 72,4 % komunitných zdravotníkov neistú pracovnú pozíciu v porovnaní s 31,8 % týchto pracovníkov v r. 2008; za rovnaké obdobie sa zvýšil počet komunitných zdravotníkov o 34,7 %.

Výzva v najbližšej dekáde je posilniť úlohu komunitných zdravotníkov a umožniť im „pestovať vzťahy založené na solidarite a dôvere, budovať podporné siete a posilňovať organizovanie a zapájanie jednotlivcov a komunít do iniciatív na zlepšenie ich zdravotného stavu a pohody, predovšetkým v prípade zraniteľných skupín spoločnosti,“ čo je jedno z odporúčaní Národnej komisie pre sociálne determinanty zdravia.³⁸

V r. 2010 bol pokles úmrtnosti detí do 5 rokov v Brazílii uznaný ako jeden z najprudších historických poklesov zaznamenaných vo svete – a tento výsledok sa do veľkej miery pripisoval Stratégii rodinného zdravotníctva.³⁹ V nedávnej publikácii sa brazílsky Program rodinného zdravotníctva uvádza ako podľa všetkého najpôsobivejší svetový experiment v tom, ako rýchlo sa rozšíril komplexný a nákladovo efektívny systém primárnej zdravotnej starostlivosti. Autori tiež uvádzajú, že „aj najbohatšie krajiny sa majú čo naučiť zo spôsobu, akým Program rodinného zdravotníctva ovplyvnil chronické ochorenia, dopyt po zdravotných službách terciárnej úrovne a podporu zdravia.“⁴⁰

Výzvy

Financovanie

Výzva je prelomiť logiku financovania na strane ponuky a investovať na základe potrieb populácie, ktorú majú na starosti jednotlivé tímy rodinného zdravotníctva v krajine. To znamená posilniť systém primárnej zdravotnej starostlivosti a postarať sa o to, aby nové zdroje Jednotného zdravotného systému, ktoré sú podstatné na dosiahnutie komplexnej úrovne starostlivosti, boli investované v súlade s potrebami identifikovanými v kontexte primárnej zdravotnej starostlivosti/rodinného zdravotníctva.

Za 10 rokov (2002 až 2012) sa základné výdavky na starostlivosť zvýšili o 84,07 %. Investície do Národného plánu výstavby a reformy Jednotného

zdravotného systému s tímami rodinného zdravotníctva boli zabezpečené na základe Programu zrýchleného rastu, ktorý umožnil výstavbu 8694 základných zdravotných zariadení do r. 2015.

Výzva do budúcnosti v oblasti financovania primárnej zdravotnej starostlivosti súvisí s efektívnosťou pridelovania zdrojov do Jednotného zdravotného systému. Nové federálne, štátne a obecné zdroje pre Jednotný zdravotný systém by mali byť prerozdeľované na základe potrieb populácie, ktorá bola pridelená tímom rodinného zdravotníctva, čo by malo umožniť rodinnému zdravotníctvu stať sa štrukturálnym jadrom celého zdravotného systému.

Manažment

Jeden z najzložitejších procesov pri budovaní zdravotného systému je vzájomný vzťah medzi rôznymi zariadeniami poskytujúcimi liečbu. Integrácia a koordinácia siete primárnej zdravotnej starostlivosti si vyžaduje riadiace štruktúry, ktoré umožňujú rodinnému zdravotníctvu koordinovať liečbu v rámci samotnej siete. Je nevyhnutné mať profesionálnych manažérov na úrovni obce, aby sa organizoval systém smerom k rodinnému zdravotníctvu, a tiež je nevyhnutné mať manažérov v základných zdravotných zariadeniach, ktorí budú schopní zaviesť mechanizmy, ktoré zabezpečia, že populácia pridelená tímom bude využívať štyri jadrové (podstatné) atribúty primárnej zdravotnej starostlivosti, menovite dostupnosť prvého kontaktu, komplexný prístup, kontinuálnu starostlivosť v čase, koordináciu so širšou sieťou pre liečbu pacientov. Manažovanie smerované k primárnej zdravotnej starostlivosti by malo vychádzať z projektu založeného na príslušnej populácii a malo by mať nasledujúce komponenty:

- registrácia populácie v elektronickej databáze;
- fyzická infraštruktúra s adekvátnymi zariadeniami;
- adekvátne ľudské zdroje;
- klinické smernice, ktoré zohľadňujú klasifikáciu rizík a zraniteľnosti;
- regulovaný prístup populácie k návštevám u špecialistov, vyšetreniam, diagnostickým zariadeniam a nemocničným lôžkam na základe potrieb populácie registrovanej v primárnej starostlivosti;
- mechanizmy zabezpečujúce, že primárna starostlivosť sa stane uzlom siete, používania elektronických komunikačných systémov, elektronických záznamov o pacientovi (elektronická zdravotná karta), inteligentné čakacie zoznamy a poradovníky, ktoré zahŕňajú aj klasifikáciu rizika a zraniteľnosti. Tieto

mechanizmy sa musia zaviesť v rámci samotného systému primárnej zdravotnej starostlivosti, v záujme prehľadu návštev pacienta u rôznych členov tímu a pre prípady, keď sa informácie vytvárajú na rôznych miestach alebo informácie vytvárajú rôzni špecialisti.

Pokiaľ ide o výzvy v oblasti manažmentu, treba pripomenúť, že 80 % brazílskych obcí má menej ako 20-tisíc obyvateľov. Tieto obce potrebujú technickú pomoc od štátnych zdravotných úradov a ich regionálnych štruktúr, aby dokázali manažovať toky pacientov do siete služieb spoločných pre viaceré obce.

Vo väčších obciach by sa malo upustiť od selektívneho prístupu k poskytovaniu zdravotných služieb chudobným a služby primárnej zdravotnej starostlivosti by mali byť rozšírené pre všetkých obyvateľov. Každý človek by mal mať prístup k vynikajúcim službám primárnej zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či sú jednotliví pacienti schopní platiť za ne prostredníctvom súkromného zdravotného poistenia, pričom verejné zdroje pre primárnu zdravotnú starostlivosť by nemali predstavovať viac ako 45 % výdavkov verejného zdravotníctva v Brazílii.

Profesionálne školenie orientované na potreby populácie

Práca v tímoch je nevyhnutná na riešenie komplikovaných problémov v primárnej starostlivosti. To si vyžaduje znalosť sociálnych determinánt zdravia, rizík a zraniteľnosti rodín alebo jednotlivcov a prihliadanie na tieto skutočnosti pri príprave cielených činností. Odbornú prax a skúsenosti získané počas školenia v nemocniciach a v klinikách s ambulanciami špecialistov treba pretaviť do vzdelávacích programov pre špecialistov primárnej zdravotnej starostlivosti a pokračujúceho ďalšieho vzdelávania a školenia.

Manažéri ako problém najčastejšie uvádzajú nedostatok rodinných a komunitných lekárov s potrebnými technickými a odbornými znalosťami a skúsenosťami tam, kde by bol potrebný určitý počet týchto odborníkov, aby sa zabezpečil teraz zavádzaný program rodinného zdravotníctva. Brazília, keď sa rozhodla pre model primárnej zdravotnej starostlivosti, neurobila paralelný krok a neprispôbila prípravu lekárov s cieľom zabezpečiť dostatočný počet praktických lekárov na vykonávanie tejto funkcie. Nezaviedla sa požiadavka zabezpečiť všade rodinného lekára len preto, lebo v celej krajine nebolo dosť lekárov špecia-

lizovaných v tejto oblasti. Z celkového počtu 204563 aktuálne praktizujúcich lekárov len 1,3 % sú rodinní alebo komunitní lekári.⁴¹ Nedostatok špecialistov v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti neznížil ich význam, naopak, dá sa povedať, že prítomnosť rodinných lekárov a/alebo sestier špecializovaných na rodinné zdravotníctvo a primárnu zdravotnú starostlivosť posilňuje prítomnosť a rozširovanie jadrových komponentov primárnej zdravotnej starostlivosti.^{35, 42, 43}

Otázka zedefinovania, či rodinní lekári sú špecialisti v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti, by sa mala riešiť spolu s ďalšími kritériami politiky primárnej zdravotnej starostlivosti v rámci zdravotného systému.

V ostatných rokoch sa v celej krajine zvýšil počet voľných pozícií na rodinného alebo komunitného lekára – rezidenta, ale vo väčšine prípadov tieto pozície ostávajú neobsadené. Keď sa voľné pozície darí úspešne obsadiť, je to preto, lebo imidž rodinného lekárstva bol podporený stimulmi ako napr. diferencované platby a možnosti doškoľovania v tých obciach, kde sa rezidenti nachádzajú, a priame zaraďovanie rodinných a komunitných lekárov – rezidentov do obecnej služby a progresívne zvyšovanie odmeňovania spolu so zvyšujúcou sa kvalifikáciou. Základné zdravotné zariadenia a rodinné zdravotné tímy sa musia využívať ako nástroje výcviku a kvalifikácie zdravotníckych profesionálov vo fakultných nemocniciach, keďže ich klinická excelentnosť im dáva potrebný spoločenský status na to, aby presvedčili ďalších zvoliť si primárnu zdravotnú starostlivosť ako hodnotnú oblasť pre pôsobenie v zdravotníctve.

Zlepšenie spoločenského a politického imidžu primárnej zdravotnej starostlivosti

Silná primárna zdravotná starostlivosť môže pomôcť spoločnosti zdefinovať potreby a práva tým, že bude pôsobiť ako nosný prostriedok pre koncepty posilnenia a spoločenského kapitálu. Občania, ktorí sú spokojní s poskytovanými službami, budú obhajovať verejný model a budú súhlasiť s financovaním potrebným na pokračovanie presadzovania politiky väčšej sociálnej inklúzie, prostredníctvom Jednotného zdravotného systému nasmerovaného na rodinné zdravotníctvo.

6.2 PODPORA VŠEOBECNÝCH PRIMÁRNYCH ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB V ČÍNE PROSTREDNÍCTVOM REFORMY VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA

V r. 2010 mala pevninská Čína 1,341 miliardy obyvateľov (669,78 miliónov v mestách a 671,13 miliónov na vidieku)⁴⁴ a hrubý domáci produkt na obyvateľa 4614,15 USD.⁴⁵ Príjmové rozdiely medzi mestským a vidieckym obyvateľstvom boli veľmi veľké, pričom priemerný disponibilný príjem v meste bol 2939,85 USD a na vidieku len 910,62 USD.⁴⁴ Podiel obyvateľov vo veku 65 a viac rokov predstavoval 8,9 % celkového počtu obyvateľov.^{44, 46} V r. 2011 priemerná očakávaná dĺžka dožitia po narodení dosiahla 74,83 rokov. Úmrtnosť matiek bola 30/100 000 a úmrtnosť detí mladších ako 5 rokov bola 16,4 na 1000 živo narodených detí. Celonárodné celkové výdavky na zdravotníctvo boli 19 921,35 miliárd RMB (306 miliárd USD), z toho vládne výdavky na zdravotníctvo predstavovali 5688,64 miliárd RMB (87,52 miliárd USD) (28,6 %), sociálne zdravotné výdavky boli 7156,55 miliárd RMB (110,11 miliárd USD) (35,9 %) a osobné zdravotné výdavky boli 7076 miliárd RMB (108,86 miliárd USD) (35,5 %). Celkové zdravotné výdavky predstavovali 5,01 % hrubého domáceho produktu.⁴⁷ Napriek významným výsledkom a pokroku v oblasti zdravotníctva ešte zostáva niekoľko veľkých výziev – nedostatočné financovanie, rýchle starnutie obyvateľstva, nízka efektívnosť pri využívaní zdrojov zdravotníctva, zlé verejné zdravotné zabezpečenie, zlé systémy ochrany a nedostatok kvalifikovaných zdravotníkov.

Rozvoj všeobecného praktického lekárstva

Od 60-tych do 80-tych rokov 20. storočia bola zavedená trojúrovňová sieť (kraj, mesto, obec) zdravotnej starostlivosti, ktorá poskytovala služby pre viac ako 90 % obyvateľov vidieckych oblastí. Tzv. „bosí doktori“ poskytovali denne zdravotné služby na prevenciu a liečbu ochorení, plánované rodičovstvo, pričom na 1000 obyvateľov boli priemerne dvaja lekári. To sa považovalo za dobrý model primárnej zdravotnej starostlivosti v rozvíjajúcom sa svete. Na ďalšej úrovni boli mestské zdravotné strediská. Každé fungovalo prednostne ako klinika pre ambulantných pacientov v počte pre cca 10 000 – 30 000 obyvateľov. Len pacienti s najvážnejším stavom boli odoslaní na najvyššiu, tretiu úroveň, do krajskej nemocnice, ktorá slúžila 200 000 – 600 000 obyvateľom a pôsobili v nej lekári, ktorí absolvovali kompletnú lekársku 5-ročnú prípravu.

Hospodárske reformy po r. 1978 viedli k hlbkej transformácii systému zdravotnej starostlivosti v mestských aj vidieckych oblastiach. Dekolektivizácia poľnohospodárstva mala za následok menšiu mieru ochoty vidieckeho obyvateľstva podporovať kolektívny systém zabezpečenia, ktorý zahŕňal aj zdravotnú starostlivosť. V r. 1984 prieskum ukázal, že len 40 % – 45 % obyvateľov vidieka bolo pokrytých organizovaným družstevným zdravotným systémom na rozdiel od 80 % – 90 % v r. 1979. S klesajúcou, resp. absentujúcou finančnou podporou vlády boli zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti v mestských oblastiach privatizované a nakoniec upadali do zániku, čo malo za následok významné oslabenie obslužnej kapacity v mestských aj vidieckych oblastiach, kde pracovná sila starla a trpela fluktuáciou. Veľké nemocnice však dokázali kompenzovať znížené príjmy od vlády tým, že zvýšili množstvo aj rozsah poskytovaných klinických služieb, čo malo za následok vážnu nerovnováhu v prideľovaní zdrojov na zdravotnú starostlivosť medzi mestskými a vidieckymi oblasťami, ako aj medzi veľkými nemocnicami a zariadeniami primárnej zdravotnej starostlivosti, keďže nebol zavedený systém rodinného lekára s funkciou odosielania pacientov („gatekeeping“). Všetky uvedené okolnosti viedli k prudkému rastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť, nízku mieru spravodlivosti v dostupnosti zdravotných služieb a ich obmedzenej dostupnosti. Popri hrozbe infekčných chorôb a rýchlo rastúcej chorobnosti na neprenosné ochorenia,⁴⁸ napr. kardiovaskulárne ochorenia, rakovinu, diabetes a chronické choroby pľúc, aj zníženie materskej, dojčenskej a detskej úmrtnosti boli kľúčové úlohy pre verejné zdravotníctvo.⁴⁹ Po rozsiahlych celonárodných konzultáciách a diskusiách sa dosiahol konsenzus o posilnení disciplíny všeobecného praktického lekárstva a pretransformovaní usporiadania systému primárnej zdravotnej starostlivosti v mestských aj vidieckych oblastiach krajiny.

Všeobecné praktické lekárstvo v Číne

Všeobecné praktické lekárstvo bolo v Číne zavedené v r. 1988. Národné združenie všeobecných praktických lekárov vzniklo v r. 1992, čo zároveň znamenalo, že sa všeobecné praktické lekárstvo stalo oficiálne uznanou medicínskou disciplínou v rámci Čínskeho lekárskeho združenia. Ako prvý krok na podporu všeobecného praktického lekárstva v Číne iniciovala Lekárska univerzita prvý programy všeobecného lekárstva a v r. 1992 vytvorila pilotné študijné programy pre medikov. V tomto štádiu snaženie však ostalo len pri pilotnej štúdii.

Všeobecné lekárstvo si nezískalo od spoločnosti väčšie uznanie a jeho rozvoj bol pomalý. V r. 1999 ministerstvo zdravotníctva zaviedlo všeobecné lekárstvo do odboru západnej klinickej medicíny spolu s ďalšími západnými špecializáciami ako interné lekárstvo, chirurgia a pediatria. Vývoj však bol aj naďalej pomalý vzhľadom na neadekvátnu informovanosť o význame tohto odvetvia medicíny. Až do r. 2007 len 28 lekárskech fakúlt z celkového počtu 485 fakúlt v celej krajine⁵⁰ zaviedlo povinnú výučbu a len štyri fakulty ponúkali postgraduálne štúdium. V r. 2010 vláda prijala nový plán postupného zavádzania série vzdelávacích programov na lekárskech fakultách na postgraduálnej úrovni a prostredníctvom doškolovania v oblasti všeobecného lekárstva pre lekárov v praxi.

Zvyšovanie kapacít všeobecných lekárov

V r. 1997 čínska vláda zaviedla národný strategický plán zameraný na reformu zdravotných služieb a podporu komunitných zdravotných služieb v mestských oblastiach.⁵¹ Jeden z cieľov bolo zrýchliť rozvoj všeobecnej praxe a vyškoľiť všeobecných lekárov, čo uľahčoval synchronný rozvoj všeobecnej praxe a komunitných zdravotných služieb.

V r. 1999 a 2006 centrálna vláda vydala príkaz na rozvoj komunitných zdravotných služieb v mestských oblastiach s podpornou politikou a opatreniami.⁵²

⁵³ Hlavná politika zahŕňala:

- ▶ začlenenie všeobecného praktického lekárstva do systému oficiálnych profesijných a technických kvalifikačných skúšok a hodnotení;⁵⁴
- ▶ zavedenie postgraduálneho a štandardizovaného vzdelávania všeobecných lekárov;^{55, 56}
- ▶ zavedenie pregraduálneho a kontinuálneho vzdelávania v oblasti všeobecného lekárstva;⁵⁷
- ▶ vytvorenie kvalifikačného systému pre všeobecné lekárstvo⁵⁸ a technický systém riadenia registrácie kvalifikácií;⁵⁹
- ▶ vytvorenie súvisiacej politiky na získavanie pracovníkov komunitného zdravotníctva a ich udržanie v praxi.⁶⁰

Zavedenie týchto politík prinieslo rýchly rozvoj všeobecnej praxe.

Napriek rozvoju komunitných zdravotných služieb a všeobecnej praxi na mnohých miestach krajiny, tím všeobecnej praxe ešte nebol zrelý vzhľadom na nedostatočné financovanie zo strany vlády, neadekvátnu podpornú politiku

a nedostatok možností vzdelávania a školenia v odbore všeobecného lekárstva. Hlavné príčiny tejto situácie boli (okrem iných) nedostatok poznatkov o dôležitosti všeobecného praktického lekára, nepriaznivé odmeňovanie a nedostatočný spoločenský status a kariérne možnosti všeobecného lekára.

Výskumná štúdia z r. 2007⁶¹ ukázala, že len 19 z 32 provincií vykonávalo registračnú činnosť profesionálnej praxe a vykonalo sa len 6321 registrácií. Postgraduálne školenie všeobecných lekárov sa uskutočňovalo vo všetkých provinciách, ale efekt nebol viditeľný, keďže vo väčšine prípadov išlo o číru formalitu alebo povrchné školenie. Len štyri provincie vykonali štandardizované školiace programy všeobecnej praxe pre pregraduálnych študentov a spolu sa vyškolilo 368 zdravotníkov. Medzi východnými a západnými regiónmi boli významné rozdiely a rovnako aj medzi mestskými a vidieckymi oblasťami boli rozdiely v stupni rozvoja a pripravenosti všeobecných lekárov. Hlavný problém bol nedostatok kvalifikovaných škooliteľov.

V r. 2009 centrálna vláda zaviedla novú reformu zdravotnej starostlivosti na základe princípov „pod vedením vlády“ a „verejné zabezpečenie“.⁵⁰ Hlavná povinnosť primárnych zdravotníkov bola plniť funkciu odosielateľov („gatekeeper“), podporovať transformáciu modelu služieb a pokračujúce zlepšovanie kapacity služieb, v prípade potreby poskytovať aktívne zdravotné služby pacientom v domácnosti. Nemocnice, ktoré majú status školiacej základne pre všeobecných lekárov, teraz musia mať zriadené oddelenie všeobecnej praxe. Popri tom bol spustený „projekt školenia lekárov orientovaného na výkon praxe na vidieku“ a „projekt náboru všeobecných lekárov do mestských nemocníc“. Na zabezpečenie odbornej prípravy pracovníkov primárnej zdravotnej starostlivosti sa vytvorilo niekoľko možností, vrátane doškoľovania a štandardizovaného vzdelávania pre všeobecných lekárov.

Zaviedol sa model navzájom spolupracujúcich interdisciplinárnych tímov a pri poskytovaní starostlivosti podpis zmlúv o poskytovaní služieb medzi pacientmi a poskytovateľmi.

V početných regiónoch sa aktívne skúmal dlhodobý mechanizmus na vytváranie hierarchických systémov odosielania pacientov, lekárov primárnej starostlivosti vo funkcii „gatekeeperov“ a dvojsmerné systémy odosielania.⁶²

Štátna rada vydala pokyn na vytvorenie systému všeobecných praktických lekárov v r. 2011,⁶³ na zabezpečenie kompletnej štruktúry vzdelávacieho systému pre všeobecných praktických lekárov, vytvorenie pracovného modelu a systému stimulov.

Výstavba zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti

Na pretransformovanie systému primárnej zdravotnej starostlivosti v r. 1997 čínska vláda rozhodla posilniť výstavbu primárnych zdravotných zariadení. Výstavba však napredovala veľmi pomaly, pretože vláda nezabezpečila potrebné financovanie. V určitých oblastiach, napr. v meste SuQian, vláda predala všetky mestské nemocnice, ale neinvestovala do primárnej zdravotnej starostlivosti. V r. 2006 centrálna vláda zmenila nastavenie smerujúce k „verejnému zabezpečeniu“ a požadovala zvýšenie investícií do zriaďovania zdravotných zariadení primárnej starostlivosti, ktoré sa mali realizovať výstavbou nových centier alebo transformáciou tzv. uličných nemocníc alebo zariadení v súkromnom vlastníctve. Každá štvrt' musela mať aspoň jedno komunitné zdravotné stredisko. Od r. 2009 centrálna vláda investovala 6,15 miliárd USD do výstavby 1877 okresných nemocníc, 5169 mestských nemocníc, 2382 komunitných zdravotných stredísk a 11 000 vidieckych kliník. Služby primárnej zdravotnej starostlivosti sa zatiaľ poskytujú v mestských aj vidieckych oblastiach. Služby zahŕňajú prevenciu ochorení, diagnostiku a liečbu častých ochorení, rehabilitáciu a manažment chronických ochorení. Systém esenciálnej lekárskej starostlivosti v štátnych zariadeniach primárnej starostlivosti od r. 2009 však dovoľoval len približne 500 typov základných výkonov, čo bránilo rozvoju všeobecnej praxe a primárnych zdravotných služieb, keďže sa ignorovali skutočné požiadavky pacientov, ktorí následne stratili dôveru v schopnosti lekárov uspokojiť ich potreby. Navyše, počas celého procesu reformy v Číne bol problém s nízkou kvalifikáciou pracovníkov primárnej zdravotnej starostlivosti, nízkou úrovňou výsledkov vzdelávania a nedostatočnými vedomosťami o dôležitosti všeobecného praktického lekárstva.

Poučenie

Prispievajúce faktory

V októbri 2006 centrálna vláda prijala záväzok zabezpečiť pre všetkých občanov dostupné služby primárnej zdravotnej starostlivosti,⁵⁰ čo bolo potvrdené novou reformou zdravotnej starostlivosti schválenou v r. 2009. Silný politický záväzok vlád na všetkých úrovniach je mimoriadne dôležitý pre dosiahnutie cieľa všeobecných služieb primárnej zdravotnej starostlivosti, pre podporu reformy a rozvoj všeobecného praktického lekárstva v Číne.

Národný program základných verejných zdravotných služieb zavedený v júli 2009⁶⁴ poskytuje celkove 41 základných verejných zdravotných služieb v 11 kategóriách.⁶⁵ Program podporuje všeobecných praktických lekárov pri plnení cieľov Národnej zdravotnej služby, ktorá podporuje investície vlády na všetkých úrovniach v rámci reformy a rozvoja všeobecnej praxe.

Koncom r. 2011 počet obyvateľov mestských a vidieckych oblastí, ktorí sa zúčastnili na troch programoch základného zdravotného poistenia, prekročil 1,3 miliárd a predstavoval viac ako 95-percentnú mieru pokrytia, vzhľadom na to, že čínska vláda sa zaviazala vybudovať systém zdravotného poistenia so základnou starostlivosťou pre všetkých. Zvýšenie podielu subvencií a zníženie poplatkov za návštevu zariadení primárnych zdravotných služieb povzbudili pacientov k využívaniu týchto služieb.⁶⁷ To výrazne podporilo využívanie primárnej zdravotnej starostlivosti a rozvoj všeobecného praktického lekárstva.

Odborníci, akademici a zdravotníci zohrali významnú úlohu pri lobovaní u verejnosti a tvorcov politiky, pričom využili pozitívne skúsenosti z iných krajín a pri navrhovaní národných politík a plánov a ponúkli dobré možnosti riešení, ktoré zohľadňovali podmienky v Číne.

Mýty a prekážky

Prax všeobecného praktického lekára nebola v spoločnosti správne pochopená, keďže mnohí ľudia boli presvedčení, že ide o niečo iné ako rodinné lekárstvo, čo malo za následok rôzne cesty rozvoja a bolo prekážkou riadneho rozvoja tejto disciplíny. „Všeobecný praktický lekár“ sa do čínštiny preložil ako „všeobecný doktor“. Ľudia atribút „všeobecný“ vnímali v zmysle tradičných čínskych kultúrnych a lingvistických charakteristík, čo znamenalo lekár spôsobilý vo všetkých klinických disciplínach. Nepochopenie malo za následok neobjektívne skreslenie úlohy všeobecného praktického lekára: pacienti aj špecialisti mali výhrady voči všeobecným praktickým lekárom a dokonca aj samotní pracovníci primárnej sféry nemali dostatočne hlboké pochopenie všeobecného praktického lekárstva.

Tímy primárnej zdravotnej starostlivosti tiež neboli kapacitne pripravené poskytovať adekvátne lekárske služby a nespĺňali očakávania pacientov. Navyše, inštitúcie vykonávajúce vzdelávanie v rodinnom lekárstve obvykle nemali útvar (odbor, katedru) rodinnej praxe a trpeli vážnym nedostatkom kvalifikovaných školiťelov. Tieto faktory bránili plynulému rozvoju všeobecného praktického lekárstva v Číne.

Výsledky a dosah

Koncom r. 2010 sa 63 z 128 lekárskejších fakúlt rozhodlo zriadiť katedry všeobecného lekárstva a ponúkali študijné programy v odbore. 75 fakúlt ponúkalo postgraduálne štúdium pre študentov na získanie magisterského titulu. Systém vzdelávania v oblasti všeobecného lekárstva dostal pevnejšie základy. Ku koncu r. 2011 už 15 provincií ponúkalo štandardizované programy vo formáte „5+3“ a všetky provincie ponúkali vzdelávanie, resp. doškoľovanie na zmenu pracovnej činnosti. Postupne sa štandardizovala príprava v oblasti všeobecného lekárstva.

Ku koncu r. 2011 počet lekárov v primárnej zdravotnej starostlivosti dosiahol podiel 0,42 na 1000 obyvateľov, čo predstavovalo nárast o 0,08 oproti roku 2005. V mestách bol počet týchto lekárov oveľa nižší ako na vidieku, pretože hustota osídlenia na vidieku je podstatne nižšia a treba väčší počet lekárov. V porovnaní s rokom 2005 sa počet v mestských oblastiach strojnásobil a bol dosiahnutý cieľ – „dva až tri lekári primárnej zdravotnej starostlivosti na 10-tisíc obyvateľov“ (pozri tabuľku 6.1). Celkový počet zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti v celej krajine bol 733004, pričom 37295 boli mestské nemocnice a 7861 boli komunitné zdravotné strediská,⁶⁸ a tak sa v podstate naplnili ciele: „každá mestská časť má mať komunitné zdravotné stredisko“⁶⁹ a „každé mesto má mať nemocnicu“ (pozri tabuľka 6.1).⁷⁰

Počet ambulantných pacientov, ktorí navštívili zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti, predstavoval 51,1 % celkového počtu pacientov, ktorí navštívili zdravotné zariadenia na všetkých úrovniach v krajine,⁶⁹ čo predstavovalo nárast o 18 % v porovnaní s 33,1 % v r. 2005.⁷¹ Počet pacientov v rôznych kategóriách zahŕňal 16 miliónov gravidných žien, 81 miliónov detí vo veku do 6 rokov a 110 miliónov seniorov. Počiatočný efekt u pacientov s chronickými ochoreniami bol evidentný – zlepšila sa miera kontroly vysokého krvného tlaku a cukrovky.⁷² Primárna zdravotná starostlivosť v Číne plní čoraz významnejšiu úlohu v rámci celého zdravotného systému.

Prístupnosť a spravodlivosť v dostupnosti služieb primárnej zdravotnej starostlivosti sa zlepšili vďaka podstatnému zvýšeniu zabezpečenia trojúrovňovej siete zdravotných služieb vo vidieckych oblastiach a mestských komunitných zdravotných zariadení a vďaka zavedeniu všeobecného zdravotného poistenia na základnej úrovni.

Čína si stanovila strategické ciele pre racionálny Národný systém zdravotných služieb do roku 2020, ktorý zahŕňa vytvorenie hierarchického systému

odosielania pacientov, lekárov primárnej starostlivosti ako „gatekeeperov“ a sformulovanie systému rodinných lekárov. Zavedie sa štandardný spôsob prípravy všeobecných praktických lekárov a všeobecných praktických lekárov budú obyvatelia miest aj vidieka uznávať za poskytovateľov primárnych zdravotných služieb. Na 10-tisíc obyvateľov v mestských aj vidieckych oblastiach budú dvaja alebo traja kvalifikovaní všeobecní praktickí lekári a tí budú poskytovať zdravotné služby, ktoré budú zodpovedať základným potrebám ľudí.

Čína má pred sebou gigantickú úlohu v oblasti poskytovania lekárskej starostlivosti a služieb (sociálneho) zabezpečenia, ak má naplniť základné potreby obrovského počtu občanov žijúcich na obrovskom území. Pri tomto úsilí sa treba zamerať na zlepšenie poskytovania služieb zdravotnej starostlivosti a na zabezpečenie kvalifikovaných a registrovaných rodinných lekárov a všeobecných praktických lekárov.

TABUĽKA 6.1 Počet zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti, lekárov a návštev v ambulancii v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti v r. 2005 a 2011^{68, 71}

Premenná	Oblasť	2005	2011
Počet lekárov v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti (na 1000 obyvateľov)	Vidiek (nepočítajúc dedinských lekárov)	0,54	0,62
	Mesto	0,07	0,23
	Spolu	0,34	0,42
Počet zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti	Vidiek	624116	700144
	Mesto	17128	32860
	Spolu	641244	733004
Počet ambulantných návštev v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti (v desiatich)	Vidiek	191335	265856
	Mesto	12220	54654
	Spolu	203555	320510

6.3 ROZVOJ A PERSPEKTÍVY PRAXE RODINNÉHO LEKÁRSTVA V KRAJINÁCH VÝCHODNÉHO STREDOMORIA

Mnohé krajiny regiónu východného Stredomoria čelia problémom zdravotných systémov ako napr. nerovnosť v oblasti zdravia, rastúca expozícia zdravotným rizikám, rastúce náklady na zdravotnú starostlivosť a neprijateľne nízka úroveň dostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti.⁷³ Napriek budovaniu rozsiah-

lych moderných sietí zdravotnej infraštruktúry, nárastu počtu kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov a rozsiahlemu využívaniu technológií v zdravotníctve v ostatných desaťročiach, výdobytky sa nevyužívajú rovnomerne v rámci regiónu. Nedávny vývoj v spoločensko-politickej oblasti a zmeny vo viacerých krajinách regiónu známe ako „arabská jar“ zrejme budú mať vplyv na zdravie obyvateľov. Medzi úlohami, ktoré budú musieť krajiny regiónu riešiť, je potreba, aby vlády vypracovali jasnú víziu zdravotnej reformy a budovali trvalo udržateľný zdravotný systém a stratégiu financovania, ktorá zabezpečí spravodlivosť v dostupnosti základných zdravotných služieb.

Posilňovanie zdravotných systémov v regióne východného Stredomoria vychádza z hodnôt a princípov primárnej zdravotnej starostlivosti,⁷⁴ štyroch reformných oblastí zdôraznených v Svetovej správe o zdraví 2008⁷⁵ a Katarskej deklarácii o primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorú prijali všetky krajiny regiónu východného Stredomoria na medzinárodnej konferencii v Dauha v r. 2008. Tieto dokumenty a deklarácie podopierajú prijatie praxe rodinného lekárstva ako principiálneho prístupu k poskytovaniu základných zdravotných služieb, a tak prispievajú k napredovaniu pri dosahovaní všeobecného zabezpečenia zdravotnej starostlivosti.

Rodinné lekárstvo v regióne východného Stredomoria je špecializácia zameraná na poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti pacientom každého veku. Je to zložka primárnej starostlivosti, ktorá poskytuje kontinuálnu a komplexnú zdravotnú starostlivosť jednotlivcom a rodinám, pacientom každého veku a rodu, s akýmikoľvek ochoreniami, kdekoľvek na tele.⁷⁶ Táto starostlivosť je založená na poznaní pacienta v kontexte rodiny a komunity, s dôrazom na prevenciu ochorení a podporu zdravia.

Na nasledujúcich stránkach je stručný prehľad programov praxe rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria, aktuálny stav programov rodinného lekárstva, možnosti a skúsenosti v oblasti zavádzania rodinného lekárstva ako základného prístupu pri poskytovaní služieb primárnej zdravotnej starostlivosti v regióne východného Stredomoria.

Uplatnenie rodinného lekárstva v krajinách regiónu východného Stredomoria

Región východného Stredomoria tvorí 23 krajín, ktoré sa rozprestierajú od Maroka po Pakistan a spolu majú 630 miliónov obyvateľov. Zameranie vykonáva-

nia rodinného lekárstva sa medzi krajinami tohto regiónu líši a dá sa rozdeliť do troch podskupín v rámci krajín regiónu východného Stredomoria.

- Šesť spolupracujúcich krajín v zálive s bohatými zásobami ropy (Bahrajn, Kuvajt, Omán, Katar, Saudská Arábia, Spojené arabské emiráty) sa výrazne usiluje o uplatnenie rodinného lekárstva ako základného prístupu k poskytovaniu primárnej zdravotnej starostlivosti a ich systémy sú v procese zavádzania rôznych komponentov. Tieto krajiny však majú problémy s kapacitami a pri formovaní svojich národných programov rodinného lekárstva sa spoliehajú na odborníkov a skúsenosti najmä z ekonomicky rozvinutých krajín.
- Väčšina z 10 krajín regiónu s príjmami na strednej úrovni (Egypt, Irán, Irak, Jordánsko, Libanon, Líbya, Maroko, Palestína, Sýria, Tunisko) podporuje rodinné lekárstvo, ale realizácia koncepcie je nekonzistentná, existujú vážne problémy so zabezpečením ľudských zdrojov, financovaním aj s organizačnými aspektmi programov rodinného lekárstva. Vláda sa zaviazala k určitým programom v Iráne, Iraku, Bahrajne, Egypte a Jordánsku.

V nasledujúcich pasážach sú aktualizované informácie o napredovaní a problémoch.

- V siedmich krajinách (Afganistan, Džibuti, Pakistan, Somálsko, Južný Sudán, Sudán a Jemen), s príjmami na nízkej úrovni, nie sú dostatočné kapacity ani záväzky na rozšírenie programov rodinného lekárstva a väčšina týchto krajín patrí medzi najmenej rozvinuté. Ich obyvatelia predstavujú 50 % celkového počtu obyvateľov celého regiónu. Sudán sa vyčleňuje ako krajina, kde v štáte Gezira je viditeľné úsilie zaviesť program rodinného lekárstva. Ďalšia otázka v prípade týchto krajín je, či by vo svete uznávaný model rodinného lekárstva postavený na rodinnom lekárovi bol realistický, alebo v daných podmienkach treba uvažovať o alternatívnych modeloch praxe rodinného lekárstva.
- Treba ešte zdôrazniť, že mnohé krajiny východného Stredomoria sú postihnuté konfliktmi a sú v núdzovom stave. To prináša zvýšený tlak na už aj tak stresované zdravotné systémy. Zavedenie alebo posilnenie programov rodinného lekárstva je v takých podmienkach oveľa náročnejšie ako za normálnych okolností.

Analýza situácie rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria: rodinné lekárstvo – základné prvky

Vo vybraných krajinách regiónu východného Stredomoria sa zhodnotila situácia programov rodinného lekárstva na základe dvoch súborov kritérií.

Prvý súbor kritérií sa týkal širšieho a strategickejšieho prístupu k rodinnému lekárstvu v krajine:

- ▶ národná politika a intenzita úsilia;
- ▶ vnímanie úsilia;
- ▶ vytvorenie a nadväznú zvyšovanie programov postgraduálneho vzdelávania a doškoľovania popri zamestnaní;
- ▶ existencia akreditácie v rodinnom lekárstve;
- ▶ schémy financovania programov rodinného lekárstva.

Druhý súbor kritérií sa viaže na operačné aspekty programov rodinného lekárstva:

- ▶ zavedenie základného balíka zdravotných služieb, zoznam základných liekov, zoznam štandardného vybavenia, existencia klinických smerníc a protokolov;
- ▶ personálne zabezpečenie;
- ▶ existencia funkčných systémov odosielania pacientov;
- ▶ rozsah registrácie obyvateľov a prijímanie rodinných „priečinkov“;
- ▶ zdravotný informačný systém orientovaný na podporu programov rodinného lekárstva.

Informácie poskytli tieto krajiny: Bahrajn, Egypt, Irán, Irak, Jordánsko, Sudán, Tunis, Agentúra OSN na podporu a pomoc palestínskym utečencom (UNWRA), čo je agentúra OSN poskytujúca služby piatim miliónom palestínskych utečencov v Jordánsku, Libanone, Sýrii, na Západnom brehu a v Gaze.

Strategické aspekty programov praxe rodinného lekárstva

Národná politika a politický záväzok v oblasti rodinného lekárstva

Z krajín zahrnutých do štúdie mali Bahrajn, Irán a Egypt rodinné lekárstvo zahrnuté v systéme ako základný komponent pre poskytovanie služieb primárnej

zdravotnej starostlivosti. V Iráne bolo rodinné lekárstvo zapracované do viacerých 5-ročných rozvojových plánov počnúc rokom 1995 a následne bol tento princíp k roku 2012 rozšírený na všetky provincie.⁷⁷ V Bahrajne je národná politika rodinného lekárstva podopretá dokumentmi ako koncepcia a poslanie, smernice a dobre rozpracované stratégie. V Egypte je rodinné lekárstvo princíp, z ktorého vychádza národná politika zlepšovania poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Faktory, ktoré viedli tieto krajiny k zavádzaniu programov rodinného lekárstva, sú: meniaci sa epidemiologický a demografický profil v krajinách regiónu východného Stredomoria, ktorý vyvolal dopyt po službách, ktoré poskytujú komunitnú starostlivosť. V týchto krajinách sa zväčšuje dôraz na poskytovanie balíka služieb vrátane podpory zdravia a preventívnej starostlivosti. Zhromaždené dôkazy z viacerých krajín regiónu svedčia o úspešnosti prístupu rodinného lekárstva a krajiny toto posolstvo uviedli v Svetovej správe o zdraví 2008, ktorá dáva pacientov do centra pozornosti.

Zahrnutie rodinného lekárstva do národnej politiky, resp. stratégie nemusí nevyhnutne znamenať dôsledné presadzovanie a následné uskutočňovanie. Irak, Jordánsko a Sudán nemajú rodinné lekárstvo v národnej politike zdravia alebo v strategickom rámci, ale v týchto krajinách je rastúci dôraz na túto formu starostlivosti. V Bahrajne a Iráne sa podpora rodinného lekárstva pretavila do národných plánov s pridelenými zdrojmi na ich realizáciu. Egypt prijal záväzok rozšíriť rodinné lekárstvo v krajine ešte v r. 1999 a tento záväzok bol podopretý projektom reformy zdravotníctva financovaného z darov početných sponzorov.

Záväzok však nebol vo všetkých prípadoch podporený potrebnými finančnými prostriedkami na národnej úrovni. V Tunisku bol rámec rozvoja rodinného zdravotníctva schválený v r. 2008, program praktického rodinného lekárstva ešte nefunguje.

Ako komunita vníma a prijíma programy praktického rodinného lekárstva

Vzhľadom na rozdiely v úrovni rozvoja, vnímanie a prijatie programov praktického rodinného lekárstva sa v jednotlivých krajinách líši. V Bahrajne, Iráne a Sudáne, v štáte Gezira, je spoločnosť viac zaangažovaná. V Iráne zástupcovia komunity (*Shura*) majú pri plánovaní týchto služieb významnú úlohu, ale domácnosti sa môžu slobodne zaregistrovať u ktoréhokoľvek schváleného rodin-

ného lekára v rámci oblasti ich bydliska. V Egypte Ministerstvo zdravotníctva a obyvateľstva vypracovalo a realizovalo marketingovú stratégiu s cieľom zlepšiť vnímanie rodinných lekárov medzi komunitami. V Iraku, Jordánsku a Tunise treba vynaložiť ďalšie úsilie na zvýšenie úrovne povedomia a informovanosti a lepšie zadefinovať úlohu komunit.

Vzdelávacie programy pre rodinných lekárov a všeobecných praktikov

Dĺžka trvania štúdia rodinného lekárstva v Iráne je 6 rokov.

Existujú aj doškolovalacie vzdelávacie programy pre rodinných lekárov s 5-ročnými intervalmi medzi potvrdením licencie, ktoré predstavujú významný krok v záujme udržania štandardu starostlivosti, ktorú poskytujú rodinní lekári. Mnohí lekári z arabských krajín získavajú kvalifikáciu prostredníctvom Arabského výboru rodinného lekárstva, ktorý ponúka 4-ročný program. Krajiny majú aj vlastné národné programy: napr. Egyptský výbor ponúka viac ako 3 roky štúdia. V Bahrajne bolo treba pripraviť takmer 230 rodinných lekárov do roku 2012 a táto krajina ponúka aj pravidelné doškolovalie pre rodinných lekárov, ktorí pôsobia v zdravotných zariadeniach. Jordánsko má dobre vybudovaný program postgraduálneho vzdelávania pre oblasť rodinného lekárstva. V sudánskom štáte Gezira ponúka Univerzita lekárskeho vied a technológií 1-ročný program na získanie diplomu z rodinného lekárstva. Tunisko má programy postgraduálneho a ďalšieho vzdelávania v oblasti rodinného lekárstva a má zavedené špecifické kurikulum pre rodinné lekárstvo.

Napriek existencii týchto a ďalších programov na odbornú prípravu rodinných lekárov v regióne východného Stredomoria je ich rozsah obmedzený a počet absolventov nestačí na splnenie požiadaviek národných programov. Faktory zodpovedné za túto situáciu sú neefektívna koordinácia medzi ministerstvami zdravotníctva a vysokými školami s programami pre rodinných lekárov, limitované kapacity inštitúcií, ktoré nestačia vzdelávať väčšie počty rodinných lekárov a preškolovať existujúce kádre všeobecných lekárov na rodinných lekárov prostredníctvom špeciálne zostavených programov, neschopnosť atraktívniť rodinné lekárstvo ako perspektívne kariérne smerovanie pre čerstvých absolventov medicíny.^{78, 79} Ďalší problém je nedostatočná jednotnosť kurikula a trvania vzdelávacích programov rodinného lekárstva v regióne.

Akreditácia programov rodinného lekárstva

Existuje veľa schém akreditácie programov rodinného lekárstva a v určitých krajinách sa popisujú ako akreditačné programy primárnej zdravotnej starostlivosti. Programy primárnej zdravotnej starostlivosti v Bahrajne sú už niekoľko rokov akreditované kanadskou organizáciou Accreditation Canada. Jordánsko má podobný program pre zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti, akreditovaný vlastnou Akreditačnou radou pre zdravotnú starostlivosť. Irán a Egypt majú akreditačné programy, ale treba ich posilniť a inštitucionalizovať, keďže mnohé požiadavky sú splnené len čiastočne a programy sú podriadené administratívne úradu príslušných ministerstiev zdravotníctva, a tak im chýba nezávislosť potrebná pre také programy. Irak, Jordánsko, Sudán a Tunisko v súčasnosti pripravujú akreditačné programy.

Financovanie programov rodinného lekárstva

Programy vykonávania rodinného lekárstva sú zvyčajne financované v súlade s financovaním zdravotníctva. V Bahrajne je rodinné lekárstvo financované len z príjmov verejného sektoru a populácia krajanov sa preto musí spoliehať na súkromné poistenie, ak chce mať prístup k podobným službám. Podobne aj v Iráne je verejný sektor do veľkej miery zodpovedný za financovanie programov vykonávania praxe rodinného lekára. V Sudáne, v štáte Gezira program spolufinancuje štátne ministerstvo zdravotníctva a zdravotná poisťovňa a ďalší partneri. Národná stratégia zdravotnej starostlivosti na roky 2012 – 2016 v Sudáne navrhuje posilniť prax rodinného lekárstva financovaním z národných zdrojov a s podporou partnerov.⁸⁰ V Egypte bol Fond rodinného zdravotníctva financovaný z darov a bol významným zdrojom financovania programov rodinného praktického lekárstva, ale po jeho zrušení udržateľnosť programu je spochybiteľná vzhľadom na nízke príjmy a nedostatočné financovanie z národných zdrojov. Vláda v Tunisku nealokovala špeciálne finančné prostriedky na financovanie svojho programu rodinného lekárstva.

V regióne východného Stredomoria nie je dosť skúseností so strategickým nákupom služieb a prijímaním rôznych platobných metód. V Egypte Fond rodinného zdravotníctva zaviedol mechanizmus nákupu zdravotných služieb na základe kapitácie, od verejných aj súkromných zdravotných zariadení, ktoré spĺňajú vopred zadané štandardizované kvality služieb. V Iráne Ministerstvo so-

ciálnych vecí nakupuje služby od rodinných lekárov na zabezpečenie poskytovania zadaného balíka služieb na základe ročných zmlúv.

Komponenty rodinného lekárstva: operačné aspekty

Esenciálny balík zdravotných služieb, zoznam esenciálnych liekov, liečebné protokoly a esenciálne technológie

Väčšina krajín zahrnutých do prieskumu má esenciálny alebo základný balík zdravotných služieb. Významná otázka je zahrnutie podpory zdravia a preventívnych výkonov, ako aj samotná realizácia základného balíka zdravotných služieb. Bahrajn má zavedený základný balík zdravotných služieb, zoznam základných liekov a liečebné protokoly pre bežné chronické ochorenia sú k dispozícii vo všetkých zariadeniach zdravotnej starostlivosti. V Iráne bol zostavený balík služieb pre každú úroveň starostlivosti, ktorý zahŕňa preventívnu starostlivosť, skrining, diagnostické služby, liečbu, odosielanie a rehabilitačnú starostlivosť. Zoznam základných liekov je k dispozícii vo všetkých zdravotných zariadeniach a rovnako aj liečebné protokoly pre ochorenia s najvyššou prevalenciou, smernice a základné zariadenia a vybavenie potrebné na poskytovanie služieb v balíku. V Egypte základný balík zdravotných služieb zahŕňa preventívne aj liečebné služby, ktoré sú zamerané na všetkých obyvateľov, zatiaľ čo program sa vykonáva s osobitným dôrazom na chudobných. Krajina má vypracované kompletné liečebné protokoly; štandardné vybavenie, zariadenie a projekty budov sú zamerané na zvýšenie úrovne zariadení. V Iraku bol v roku 2009 zostavený základný balík zdravotných služieb a zoznam základných liekov, ale neboli v plnej miere uvedené do praxe. Liečebné protokoly sú v Iraku k dispozícii len pre tie zdravotné problémy, ktoré spadajú pod vertikálne programy ako napr. hnačkové ochorenia, diabetes, hypertenzia. V Sudáne je k dispozícii základný balík zdravotných služieb a zoznam základných liekov, uplatňujú sa však len v štáte Gezira a liečebné protokoly sú len pre ochorenia s určitou prevalenciou. Jordánsko má zostavený základný balík zdravotných služieb a zoznam základných liekov, ale ich neuplatňuje a liečebné protokoly sú k dispozícii len pre určité ochorenia spadajúce pod vertikálne programy. Tunisko ešte nerealizovalo základný balík zdravotných služieb, pre rodinných lekárov však boli zadané špecifikácie.

Personálne zabezpečenie

Vzhľadom na nedostatočné kapacity programov na prípravu rodinných lekárov, rodinných sestier a ďalších zdravotníkov v regióne je najväčšou výzvou zabezpečiť dostatok kvalifikovaných pracovníkov. Napriek tomu, že v mnohých krajinách je pomer počtu zdravotníkov na počet obyvateľov priaznivý, ide obvykle o veľké praxe všeobecných lekárov a všeobecných sestier, a nie kvalifikovaných rodinných lekárov s praxou. Bahrajn je možno jedna z mála krajín regiónu, kde sú dve tretiny lekárov primárnej starostlivosti v štátnych zdravotných strediskách vyškolení rodinní lekári a väčšina z nich sú občanmi Bahrajnu. V Egypte existuje štandardizovaný vzorec personálneho vybavenia a existujú popisy pozície rodinného lekára, ale v krajine je nedostatok kvalifikovaných rodinných praktických lekárov. V Iraku je obmedzený počet kvalifikovaných lekárov a chýba tam aj jasný popis práce rodinného lekára, ako aj absencia kvalifikovaných stredných zdravotníckych pracovníkov v oblasti rodinného lekárstva. V prípade Sudánu a Tuniska neboli poskytnuté informácie o personálnom zabezpečení.

Systém odosielania pacientov

Nedostatok dobre fungujúceho systému na odosielanie pacientov v rámci programov vykonávania praxe rodinného lekárstva je problém v mnohých krajinách. S výnimkou Bahrajnu, kde systém odosielania pacientov funguje, Irán, Egypt, Jordánsko a Sudán majú problémy s funkčnosťou systému. V Iráne je slabosť reťazca odosielania menšia v prípade odosielania zo „zdravotného domu“, najperiférnejšie postaveného zdravotného zariadenia na vidieku, kde vyškolení komunitní zdravotníci poskytujú služby primárnej zdravotnej starostlivosti určenej skupine 1500 obyvateľov, do vidieckych zdravotných stredísk, ako z vidieckych zdravotných stredísk do nemocníc. V Sudáne a Tunisku systém odosielania treba ešte len vhodne naprojektovať.

Registrácia obyvateľov spádovej oblasti a tzv. rodinné priečinky

Dôležité sú štyri prvky: (1) určená populácia v spádovej oblasti v blízkosti zdravotného zariadenia, (2) registrácia všetkých členov domácnosti v zdravotnom zariadení s možnosťou voľby rodinného lekára v okolí bydliska, (3) vypracovanie súpisu patientskeho kmeňa rodinného lekára (počet rodín pridelených ku každé-

mu rodinnému lekárovi) a (4) existencia a využitie systému rodinných priečinkov na zabezpečenie kontinuity starostlivosti. Tieto funkcie môže manuálne vykonávať personál alebo môžu byť poloautomatické, alebo vo forme elektronických záznamov. Bahrajn, Egypt a Irán sú jediné krajiny, kde sa viac-menej uskutočňujú všetky štyri prvky. V Iráne zdravotnícky – dobrovoľnícky pôsobia ako premostenie medzi domácnosťami a zdravotnými zariadeniami a sledujú tých, čo nedodržiavajú pokyny alebo nespolupracujú. V Egypte väčšina zariadení má register obyvateľov vo svojej spádovej oblasti a existujú tam rodinné priečinky, ale realizujú sa len čiastočne. V Sudáne, v pilotnej oblasti v štáte Gezira, sú určení obyvatelia každej spádovej oblasti registrovaní v elektronickej databáze. Rodinné registre boli naprojektované a je povinnosťou každého rodinného lekára ich naplniť.

Informačný systém praxe rodinných lekárov

Zdravotné informačné systémy vo väčšine krajín nie sú orientované na podporu robustného programu praxe rodinných lekárov. V Bahrajne taký systém funguje a je automatizovaný. V Iráne a Egypte sa kľúčové ukazovatele pre určenú spádovú oblasť musia pravidelne vykazovať na vyššiu úroveň prostredníctvom určených nástrojov a smerníc zdravotného informačného systému. Zdravotný informačný systém v Egypte si vyžaduje ďalšie posilnenie. V Jordánsku sa zhromažďujú kľúčové informácie a zdravotné zariadenia ich vykazujú manuálne.

Prípadové štúdie praxe rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria

V nasledujúcej časti sú tri prípadové štúdie, ktoré poskytujú obraz o rozvoji praxe rodinného lekárstva v troch odlišných prostrediach. Štúdie zvyrazňujú výzvy aj úspechy pri prestavbe existujúcich programov poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti na programy praxe rodinného lekárstva.

Vytvorenie programu praxe rodinného lekárstva v utečeneckých táboroch UNWRA (Agentúra OSN na podporu a pomoc palestínskym utečencom) v Jordánsku⁸¹

Agentúra UNRWA vytvorená v r. 1949 poskytuje zdravotné a sociálne služby piatim miliónom palestínskych utečencov, ktorí žijú v táboroch v Jordánsku,

Libanone, Sýrii, na Západnom brehu a v Pásme Gazy. V roku 2010 WHO vykonala štúdiu v jordánskych táboroch Nuzha a Baqa s populáciou 200-tisíc Palestínčanov, ktorá ukázala, že služby primárnej zdravotnej starostlivosti v týchto 2 táboroch sú zamerané na zdravie matiek a detí, vrátane prenatálnej a post-natálnej starostlivosti, plánovaného rodičovstva, očkovania, monitorovania rastu, podpory dojčenia, orálnej rehydratácie, doplňujúcej výživy a doplnenia železa, prevencie prenosných ochorení podľa zadaných štandardov a postupov. Následne sa UNRWA usiluje zintegrovat' do starostlivosti manažment neprenosných ochorení, zaviesť skriningový program na detegovanie cukrovky a vysokého krvného tlaku u dospelých a predchádzať mikronutričnej nedostatčnosti. Zdravotné strediská v táboroch zaviedli systém návštev vysokorizikových pacientov v domácnosti. Posilnila sa ambulantná lekárska starostlivosť, zubárska starostlivosť, rehabilitácia telesne postihnutých, laboratórne a rádiologické zariadenia a poskytovanie medicínskeho materiálu, s cieľom poskytovať rozšírený balík služieb osobám v týchto táboroch. Všetci registrovaní palestínski utečenci, bez ohľadu na príjem, spoločenské postavenie alebo rod mali nárok na zdravotné služby UNRWA. V zdravotných strediskách sa viedli „zdravotné záznamy rodiny“, kde bola anamnéza každého člena rodiny, a tak mohli byť zdravotné programy UNRWA zamerané na rodiny.

Zdravotný odbor UNRWA prijal aj integrovaný komunitný akčný rámec ako prístup zdola k socioekonomickému rozvoju. Cieľom rámca je zmenšiť chudobu, zlepšiť zdravotný stav a životné podmienky a dosiahnuť lepšiu kvalitu života prostredníctvom aktívneho komunitného života. Táborový zdravotný výbor, v ktorom sú zástupcovia zdravotného strediska, členovia komunity, správa tábora, miestni lídri a polícia, bol vytvorený s cieľom zapájať členov komunity do plánovania, monitorovania a hodnotenia služieb primárnej zdravotnej starostlivosti. Monitorovanie poskytovania služieb primárnej zdravotnej starostlivosti sa vykonáva na základe systematického hodnotenia merateľných ukazovateľov pri pravidelných návštevách táborov.

Program prispel k zvýšeniu zaočkovanosti dojčiat na 99,3 %, k 100-percentnej realizácii pôrodov s asistenciou kvalifikovaného zdravotníckeho personálu, k 53-percentnej prevalencii používania antikoncepcie a k zvýšeniu ukazovateľa prístupu k pitnej vode na 99,3 %. Dojčenská úmrtnosť klesla na 22,6 na 1000 živo narodených detí a materská úmrtnosť klesla na 22,4 na 100-tisíc živých pôrodov.

Prax rodinného lekárstva v Iráne: politický záväzok a medzisektorová činnosť ako kľúč k úspechu⁸²

Počas posledných 2 desaťročí Irán dosiahol významné zlepšenie zdravotných ukazovateľov, ktoré sa dosiaholo do veľkej miery zavedením systému primárnej zdravotnej starostlivosti. Nejakú dobu predtým už bola uznaná potreba zároveň vytvoriť prax rodinného lekárstva a programy všeobecného zdravotného poisťenia ako súčasti reformy zdravotníctva. Program praxe rodinného lekárstva má za cieľ zlepšiť kontinuitu starostlivosti, predovšetkým v prípade neprenosných ochorení, a to takým spôsobom, ktorý bude redukovať potrebu odosielat pacientov na vyššiu úroveň a zlepši kvalitu služieb primárnej starostlivosti.

Programy praxe rodinného lekárstva sú zakomponované do rámca primárnej zdravotnej starostlivosti. Tímy rodinného lekára sú miestom prvého kontaktu na úrovni primárnej starostlivosti a pokrývajú dobre zadefinovanú populáciu. Tímy sú zapojené aj do funkcií verejného zdravotníctva vrátane skríningu, dohľadu, podpory zdravia, zdravotnej výchovy a prevencie. Viac ako 5500 lekárov a 2500 pôrodných asistentiek a sestier poskytuje služby primárnej zdravotnej starostlivosti pre takmer 23 miliónov obyvateľov vidieka. Primárna zdravotná starostlivosť vo vidieckych oblastiach funguje efektívnejšie a pri vyššej miere pokrytia, ako sa dosahuje pri poskytovaní služieb v mestských oblastiach.

Systém primárnej zdravotnej starostlivosti v Iráne má tri hlavné komponenty:

1. zdravotné domy zriadené v dedine alebo pre skupinu neďalekých dedín, kde sa poskytujú služby určenej populácii;
2. miestni (jeden muž a jedna žena) komunitní zdravotníci (*Behvarz*), ktorí absolvovali 2-ročnú prípravu v oblasti služieb primárnej zdravotnej starostlivosti a ktorých najíma vláda, aby slúžili tej istej komunite;
3. jednoduché a efektívne zdravotné informačné systémy.

Zdravotné domy slúžia približne 1500 obyvateľom hlavnej dediny a jej satelitov, ktoré sa nachádzajú vo vzdialenosti maximálne 1 hodinu pešo. *Behvarze* musia v tej istej dedine zostať najmenej 4 roky potom, ako „absolvovali“ odbornú prípravu, a až potom majú možnosť pokračovať v štúdiu ako zdravotní technici na národných univerzitách. Zdravotné domy poskytujú služby primárnej zdravotnej starostlivosti obyvateľom príslušnej spádovej oblasti, aktívne vyhľadávajú a sledujú pacientov, ktorí nedodržiavajú režim, resp. vyhýbajú sa potrebnej starostlivosti, zhromažďujú zdravotné údaje a poskytujú mesačné výkazy,

resp. správy najbližším zdravotným zariadeniam, ktoré prevádzkujú tímy praktických rodinných lekárov. Vo vidieckych oblastiach *Behvarze* sú súčasťou tímov rodinných lekárov. Zavedenie tohto systému výrazne pomohlo zlepšiť národné ukazovatele zdravia v relatívne krátkom čase 10 rokov.

Aktuálny národný 5-ročný plán hospodárskeho, sociálneho a kultúrneho rozvoja zaväzuje rezorty zdravotníctva, školstva, sociálnych vecí a práce rozšíriť služby poskytujúce všeobecné zdravotné poistenie a služby rodinných lekárov do mestských oblastí, pričom sa už začal vytvárať elektronický zdravotný informačný systém a vo všetkých provinciách sa začal zavádzať. Potrebná pozornosť sa venuje zabezpečeniu ľudských zdrojov, finančným a platobným mechanizmom, budovaniu kapacít a zdravotných informačných systémov, ale v tomto ranom štádiu realizácie sa pri každom komponente objavujú výzvy, ktoré bude treba riešiť.

Model rodinného zdravotníctva:

Egyptský program reformy zdravotníctva⁸³

Egyptský program reformy zdravotníctva má dvojaký cieľ: 1. zaviesť kvalitný základný balík služieb primárnej zdravotnej starostlivosti, prispievať k decentralizovanému (na úrovni okresov) systému služieb, zlepšovať dostupnosť zdravotných služieb a ich využívanie; 2. zaviesť inštitucionálne reformy založené na koncepcii odčlenenia nákupcu a poskytovateľa a posilniť regulačné funkcie ministerstva zdravotníctva. Egypt prijal model rodinného zdravotníctva ako svoju hlavnú stratégiu na podporu služieb primárnej zdravotnej starostlivosti v krajine. Ministerstvo kladie dôraz na päť kľúčových oblastí realizácie programu reformy zdravotníctva a modelu rodinného zdravotníctva: architektúru a vybavenie zdravotného zariadenia; základný balík služieb; budovanie personálnych kapacít a kontinuálne vzdelávanie; kvalitu a akreditáciu; zriadenie fondu rodinného zdravotníctva.

Spolu 2078 zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti bolo zrekonštruovaných a prebudovaných na jednotky rodinného zdravotníctva. Prestavba zahŕňala infraštruktúru, vytvorenie rodinných zdravotných priečinkov a aktualizáciu prevádzkových manuálov pre oblasť rodinného zdravotníctva. Popri tom sa konali rozsiahle školenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na primárnej úrovni, aby boli pripravení na svoju novú úlohu poskytovateľov rodinnej zdravotnej starostlivosti. Následný plán je akreditovať dobudované zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti.⁸⁴

Štúdiá porovnávajúca spokojnosť používateľov služieb akreditovaných a neakreditovaných jednotiek rodinného zdravotníctva z roku 2005 ukázala vysokú mieru spokojnosti s akreditovanými jednotkami, kde respondenti ocenili predovšetkým pozitívny postoj rodinných lekárov a komunitných sestier, čistotu a krátke čakacie doby.

Fond rodinného zdravotníctva bol zriadený v r. 2001 a jeho úlohou bol nákup služieb zdravotnej starostlivosti v mene obyvateľov Egypta. Fond mal byť finančne nezávislý orgán zriadený ako poisťovacia jednotka, aby sa splnila požiadavka oddeliť poskytovanie služieb od financovania. Úlohou fondu rodinného zdravotníctva mal byť nákup služieb liečebnej a preventívnej primárnej zdravotnej starostlivosti a v budúcnosti mal byť rozšírený aj na sekundárnu starostlivosť a mal uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi služieb zdravotnej starostlivosti vo vládnom aj mimovládnom sektore, čo malo vydláždiť cestu súťaže s cieľom lepšej dostupnosti a efektívnosti.

V roku 2005 vypršal program reformy zdravotníctva a bolo ťažké udržať kvalitu zdravotných služieb. Nedostatočná motivácia pacientov využívať služby rodinných lekárov, slabé systémy odosielania pacientov, vysoká fluktuácia medzi rodinnými lekármi, neadekvátne mechanizmy financovania zdravotného systému patria medzi faktory, ktoré najväčšie ohrozovali udržateľnosť programu rodinného zdravotníctva v Egypte.

Integrovaný okresný zdravotný systém založený na prístupe rodinného praktického lekárstva: iniciatíva Regionálnej kancelárie WHO pre východné Stredomorie

V r. 2011 Regionálna kancelária WHO pre východné Stredomorie spustila iniciatívu „Integrovaný okresný zdravotný systém založený na prístupe rodinného praktického lekárstva“. Iniciatíva bola zavedená v r. 2011 v 4 okresoch v Iraku a v 1 okrese v Jordánsku a už bola ukončená fáza hodnotenia.

Projekt navrhuje nasledujúce opatrenia na vytvorenie modelu praxe rodinného lekárstva:

- ▶ zmapovanie dostupných zdravotných zariadení na úrovni okresu;
- ▶ zostavenie základného balíka služieb a zoznamu základných liekov;
- ▶ spôsoby financovania vrátane platobných metód na zlepšenie dostupnosti na úrovni okresu;
- ▶ zmluvné a nezmluvné vzťahy v rámci verejno-súkromného partnerstva;

- decentralizácia riadenia zdravotných služieb;
- zdokonalené monitorovanie a hodnotenie zdravotného systému;
- budovanie personálnych kapacít a riadenie ľudských zdrojov;
- systémy riadenia pre oblasť financií, správy, logistiky a údržby;
- zdokonalené informačné systémy pre zber, spracovanie, analýzu a využitie informácií na účely plánovania a riadenia zdravotných služieb;
- komunitné vlastníctvo v prípade rozvoja zdravotníctva na miestnej úrovni;
- udržiavanie spolupráce medzi sektormi.⁸⁵

Závery a skúsenosti

Zriaďovanie praxe rodinného lekárstva v regióne východného Stredomoria je na relatívne ranej úrovni rozvoja. Vo väčšine krajín neexistuje úplný model praxe rodinného lekárstva a v mnohých sa zavádzajú len určité komponenty. Napriek týmto nedostatkom sa podarilo zaviesť na začiatok primerané opatrenia a v nasledujúcom desaťročí bude treba progres upevniť. Programy praxe rodinného lekárstva, ak sú dobre uskutočnené, predstavujú základný komponent na dosiahnutie všeobecnej zdravotnej starostlivosti v krajinách regiónu východného Stredomoria.

Skúsenosti z týchto programov nie sú jedinečné, skôr potvrdzujú skúsenosti z iných regiónov sveta a v tomto materiáli sú zosumarizované.

Politická podpora a záväzok je kriticky dôležitý pre získanie vízie, vypracovanie stratégie a zavedenie programov praxe rodinného lekárstva. Politický záväzok by sa mal pretaviť do poskytnutia finančných zdrojov ako aj organizačnej podpory pre realizátorov programu.

Neexistuje dokonalý model praxe rodinného lekárstva a každá krajina musí nájsť model, ktorý najlepšie zodpovedá jej požiadavkám a dostupným zdrojom.

Každý model praxe rodinného lekárstva, prepracovaný alebo jednoduchší, by sa mal pridržať základných prvkov praxe rodinného lekárstva, ktoré sú: pacient v centre pozornosti, kontinuita starostlivosti, orientácia na pacienta ako celok, podporovanie spravodlivosti, kvality, bezpečnosti a ďalšie.

Zabezpečenie rozvoja pre kvalifikovanú a dobre vyškolenú pracovnú silu – rodinných lekárov, podporovaných dobre vyškolenými členmi tímu rodinného lekára, je mimoriadne dôležité pre úspešnosť každého programu praxe rodinného lekárstva. To si vyžaduje vytvorenie (základných aj nadstavbových) dlhodobých, ako aj krátkodobých vzdelávacích programov zameraných na spô-

sobilosti a najmä na možnosti preškolenia existujúcich všeobecných praktických lekárov na rodinných lekárov.

Programy praxe rodinného lekárstva budú úspešné, len ak si získajú podporu a aktívnu spoluúčasť komunity. To je podstatný aspekt, pretože komunity sa budú registrovať v zariadeniach rodinného lekárstva a budú využívať ich služby, ak budú zapojené do plánovania, ocenia kvalitu služieb a – v prípade vážnejších zdravotných problémov – budú mať dôveru v systém odosielania.

Pilotné projekty programov praxe rodinného lekárstva poskytujú príležitosť na úpravu a doladenie modelu tak, aby čo najlepšie zodpovedal kontextu. Pilotné projekty môžu minimalizovať cenu za chyby, ktoré sa takto zistia ešte pred celoplošným zavedením programu.

Je opodstatnené skúmať realizáciu modelu praxe rodinného lekárstva prostredníctvom zariadení súkromného sektora, v prípade ktorých je v regióne málo skúseností. Vytvorenie zmluvných vzťahov so súkromnými poskytovateľmi spĺňajúcimi kritériá spôsobilosti poskytovať základný balík služieb financovaný z verejných zdrojov na základe konkrétnej platobnej metódy si vyžaduje ďalší súbor zručností a kapacít u poskytovateľa, ako aj u nákupcu.

Treba ďalší výskum a – čo je rovnako dôležité – kvalitnú dokumentáciu, aby si krajiny regiónu východného Stredomoria mohli efektívne vzájomne vymieňať pozitívne aj negatívne skúsenosti o všetkých aspektoch programov praxe rodinného lekárstva.

6.4 RODINNÉ LEKÁRSTVO A KOMUNITNÁ ORIENTÁCIA AKO NOVÝ PRÍSTUP V ZÁUJME KVALITY PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI V THAJSKU

V Thajsku bola zavedená nemocničná starostlivosť v roku 1888.⁸⁶ Bola založená na určitom modeli, ktorý bol následne ovplyvnený Rockefellerovou nadáciou,⁸⁷ čo viedlo k zavádzaniu technológií a rozširovaniu špecializácií viazaných na nemocničné prostredie.⁸⁸ V priebehu ani nie štyroch generácií sa lekárska starostlivosť postavená na ústavnej starostlivosti stala normou a priniesla vysoký spoločenský status a prestíž vykonávateľom tejto starostlivosti. Zatiaľ čo nemocničná starostlivosť prekvitala, prax rodinného lekárstva, ako ju definuje WONCA,⁸⁹ takmer neexistovala a nebola známa v teréne ani v akademickej komunite. V Thajsku sa výraz „všeobecný lekár“ používal v zúženom zmysle

pre nešpecializovaného lekára v nemocnici alebo lekára, ktorý sa ešte nešpecializoval.

Na maximalizáciu spôsobilostí jednotlivých nemocničných lekárov bolo v r. 1969 všeobecné lekárstvo zavedené ako špecializácia, ktorá sa získala absolvovaním 3 rokov postgraduálneho štúdia so silnou biomedicínskou orientáciou a víziou všeobecného praktického lekára ako „super špecialistu“. Všeobecné lekárstvo nikdy nebolo veľmi atraktívne a len menšie počty lekárov sa rozhodli špecializovať sa ako všeobecní praktickí lekári. Lekári obvykle pokračujú ako nemocniční lekári, ale poskytujú aj ambulantnú starostlivosť mimo nemocničného prostredia po pracovnej dobe na svojich súkromných klinikách. Pracujú obvykle ako špecialisti na základe povesti, ktorú si vybudovali v nemocnici.

Viacere strany sú nespokojné so starostlivosťou tak, ako sa poskytuje, pričom každá strana má svoje argumenty k preorientovaniu systému na rodinných lekárov. Medzi argumenty patria: dobrá starostlivosť, starostlivosť musí byť blízko obyvateľov, musí sa zamerať na reagovanie na potreby pacientov a pacienti majú byť v strede pozornosti, má byť premostením medzi západnou, na vede postavenou logikou a kultúrou pacienta a nozológiou, pričom má zabezpečiť aj koordinovanie a obhajovanie práv pacientov kontinuálnym a integrovaným spôsobom; argument udržateľnosti zdôrazňujúci medikalizáciu, explóziu nákladov a iatrogenézu.⁹⁰

Prieskum z r. 1931 poukázal na problémy, a preto bol prijatý návrh, aby mladší lekári pracovali v zdravotných strediskách.⁹¹ Ale nakoniec bolo vydané rozhodnutie zabezpečiť „mladších hygienikov“, ktorí budú mať na starosti boj proti prenosným ochoreniam a preventívne hygienické činnosti a budú pracovať v zdravotných strediskách na úrovni o stupeň nižšej ako okresy. Odvtedy sú títo hygienici hlavnými pracovníkmi v zdravotných strediskách. Okresné nemocnice spadajú pod správu a technické riadenie prednostu provinčného úradu zdravia, zatiaľ čo zdravotné strediská spadajú pod správu a technické riadenie prednostu okresného úradu zdravia. Okresné nemocnice a zdravotné strediská okresu nie sú administratívne integrované.⁹²

V rámci súkromného sektora pôsobia súkromné kliniky, ktoré poskytujú ambulantnú liečebnú starostlivosť a súkromné nemocnice poskytujú liečebnú starostlivosť ambulantným aj hospitalizovaným pacientom.

Medzi verejnými a súkromnými zariadeniami neexistuje koordinácia a mechanizmus odosielania pacientov.⁹³ V každom okrese sú súkromné lekárne. Tradičný zdravotný sektor funguje a uplatňujú sa v ňom rozličné typy metód.

Na vyriešenie problémov fragmentovanej a komercializovanej zdravotnej starostlivosti je potrebná integrácia zdravotných systémov na úrovni okresov.⁹⁴

V r. 2010 bola očakávaná dĺžka života po narodení 74,1 rokov, úmrtnosť matiek bola 48 na 100-tisíc živo narodených detí, úmrtnosť detí mladších ako 5 rokov bola 14 úmrtí na 1000 živo narodených detí.⁹⁵ Hlavnou príčinou smrti v r. 2005 bola mozgová príhoda.⁹⁶

Reforma primárnej starostlivosti v Thajsku

Stratégia demonštračných stredísk

Koncepcia rodinného lekárstva ako nového prístupu k poskytovaniu kvalitnej primárnej starostlivosti a orientácia na komunitu sa od 90-tych rokov 20. storočia v určitých provinciách (Ayutthaya, Korat, Songkla a KhonKhean) zavádzala prostredníctvom demonštračných zdravotných stredísk v rámci stratégie demonštračných stredísk.⁹⁷

Prvým krokom tejto stratégie bolo znásobiť počet týchto demonštračných centier prostredníctvom modelu rozvíjania činností v teréne. Plán bol, že zlepšením profesionálnych kapacít a know-how, zviditeľnením týchto modelov primárnej starostlivosti sa stimuluje ponuka a dopyt po praxi rodinného lekárstva v komunitách. To zas pomôže šíriť vedomosť o tomto prístupe a zaručí posun zamerania z nemocníc a špecialistov k praxi rodinných lekárov.

Hlavné aspekty týchto demonštračných zdravotných stredísk boli dobre zadefinovaná populácia, pravidelné stretnutia s komunitou s cieľom vypočuť si názory ľudí, posilnenie využívania návštev v domácnosti a domácej starostlivosti, informačný systém postavený na rodinnom priečinku, finančná dostupnosť a solidarita zabezpečená prostredníctvom paušálneho poplatku za epizódu ochorenia. Paušálny poplatok bol najprv 70 bahtov; neskôr sa zredukoval na 30 bahtov v rámci programu „30-bahtová schéma“, ale nakoniec boli tieto poplatky zrušené. Služby zahŕňajú liečebnú starostlivosť, starostlivosť a následné aktívne sledovanie pacientov s chronickým ochorením a následné aktívne sledovanie identifikovaných rizikových skupín, ako aj ďalšie služby založené na potrebách príslušnej komunity. Dôležité je, že model zaviedol aj nový spôsob interakcie s ľuďmi počas konzultácií s dôrazom na súkromie, s pozorným počúvaním a rokovaním, nie len predpisovaním.⁹⁰ Návštevy týchto demonštračných stredísk organizovali politici, vyššie postavení predstavitelia,

predstavitelia občianskej spoločnosti a spotrebiteľských organizácií, študenti a zdravotnícki pracovníci.⁹⁸

Všeobecná zdravotná starostlivosť

Všeobecná zdravotná starostlivosť sa zaviedla v r. 2002. To znamená, že všetci obyvatelia Thajska (99,36 % v r. 2009) mali dostupný komplexný balík zdravotných služieb prostredníctvom troch komplementárnych schém: všeobecné poistenie (75 % všetkých obyvateľov), zdravotné benefity pre štátnych zamestnancov (15 %) a sociálne zabezpečenie (10 %). V r. 2009 výdavky na zdravotníctvo v Thajsku predstavovali 4,3 % hrubého domáceho produktu. Vládne výdavky na zdravotníctvo predstavovali 76-percentný podiel zo všetkých výdavkov na zdravotníctvo, pričom zvyšok predstavovali súkromné výdavky.⁹⁹

Thajsko malo rozsiahlu sieť zdravotných zariadení ešte skôr, ako sa zaviedla všeobecná zdravotná starostlivosť; v každom okrese bola najmenej jedna nemocnica (pre 30-tisíc až 100-tisíc ľudí), kam boli odosielaní pacienti a jedno zdravotné stredisko v každom podokrese (pre priemerne 5-tisíc ľudí).¹⁰⁰ Skúsenosti s demonštračnými zdravotnými strediskami sa považujú za uholný kameň politiky všeobecnej zdravotnej starostlivosti pri stanovení kritérií pre jednotky primárnej starostlivosti. Rodinné lekárstvo spôsobilo akademický prelom na podporu primárnej starostlivosti, resp. blízkej starostlivosti na úrovni zdravotného strediska.

V rámci schémy všeobecnej starostlivosti známej pod názvom „30-bahtová schéma“ sa pacienti musia zaregistrovať u zazmluvnenej jednotky primárnej starostlivosti. Potom sú oprávnení využívať služby zdravotného strediska, kde sa zaregistrovali, alebo oddelenia pre ambulantných pacientov v nemocnici, ktorá patrí tej istej kontraktnej jednotke primárnej starostlivosti. Pacienti, keď chceli mať prístup k službám, pôvodne museli zaplatiť poplatok 30 bahtov (cca 1 US\$) ako spoluúčasť pri každej epizóde ochorenia vrátane hospitalizácie. Od r. 2007 je zavedené opatrenie, že služba je bez poplatku v mieste poskytnutia služby, aby sa zmenšili finančné bariéry najmä pre chudobných obyvateľov.

Kontrakčné jednotky pre primárnu starostlivosť

Na posilnenie systémov integrovanej zdravotnej starostlivosti sa musia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, aby dostali finančné prostriedky, organizovať

ako kontraktačná jednotka primárnej starostlivosti. Štatút kontraktačnej jednotky sa udeľuje, ak zdravotná služba poskytujúca primárnu starostlivosť spĺňa stanovené kritériá predovšetkým v oblasti ľudských zdrojov: musí mať lekára (pomer musí byť minimálne 1:10 000 obyvateľom, pričom je dovolená určitá flexibilita pri pomere maximálne 1:30 000 obyvateľov; každá kontraktačná jednotka musí mať lekára pre minimálne jednu jednotku primárnej starostlivosti), lekárnika (najmenej 1:20 000 obyvateľov, flexibilita je možná, ale pomer nesmie prekročiť 1:30 000 obyvateľov); zubára (pri pomere minimálne 1:20000 obyvateľov, flexibilita je možná až do maximálne 1:40 000 obyvateľov). Personál zamestnaný v kontraktačnej jednotke primárnej starostlivosti musí byť prítomný viac ako 75 % pracovného času, služby musia byť k dispozícii minimálne 56 hodín za týždeň a laboratória na vyšetrenie materiálu musia byť k dispozícii rovnako ako vozidlá na transport pacientov. Vo vidieckych oblastiach, kde kvalifikovaní pracovníci (lekári, lekárnici a zubár) sú len v nemocniciach, zdravotné strediská sa musia združiť s okresnou nemocnicou, a tak vytvoriť kontraktačnú jednotku pre primárnu starostlivosť. V takom prípade kontraktačnú jednotku obvykle tvorí sieť verejných služieb v danom okrese: jedna kontraktačná jednotka pre primárnu starostlivosť je ekvivalent jedného zdravotného okresu. V mestskom prostredí, kde je väčší počet zdravotných služieb, môže byť niekoľko nemocníc v rovnakej administratívnej zdravotnej oblasti a môžu tam byť lekári pracujúci v zdravotných strediskách. Každá kontraktačná jednotka pre primárnu starostlivosť môže pozostávať z viacerých zdravotných stredísk plus jednej nemocnice alebo siete zdravotných stredísk, alebo dokonca súkromných kliník, ak spĺňajú kritériá v oblasti ľudských zdrojov. Kontraktačná jednotka pre primárnu starostlivosť v súkromnom sektore sa nazýva „vľúdna komunitná klinika“.

Rozvoj rodinného lekárstva

Rodinné lekárstvo je v Thajsku relatívne nový koncept. Okrajovo bol zavedený v r. 1986 na univerzite Chiang Mai ako biomedicínska disciplína v nemocnici, ale s dobre vypracovanými psychosociálnymi a komunitnými programami.

V súčasnosti všetky univerzity vyučujú rodinné lekárstvo, minimálne na základnej úrovni medicínskeho štúdia, ale mnohé z nich ponúkajú len výlučne teoretický prístup. Od r. 1998 je rodinné lekárstvo uznané ako plnohodnotná disciplína.¹⁰¹

V roku 1999 sa zaviedol 3-ročný oficiálny rezidenčný program rodinného lekárstva a v období od 1999 do 2001 tento program absolvovalo 429 rodinných lekárov. Od r. 2009 je zavedený ďalší 3-ročný oficiálny program na školiacich pracoviskách, predovšetkým v okresných nemocniciach. V r. 2009, 2010 a 2011 bol počet lekárov v programe v jednotlivých uvedených rokoch 11, 37 a 17.

S cieľom v krátkom čase odborne pripraviť veľký počet rodinných lekárov v počiatočných fázach zavádzania politiky zabezpečenia všeobecnej zdravotnej starostlivosti lekári, ktorí prejavili záujem a mali minimálne 5 rokov odbornej praxe v akomkoľvek odbore medicíny, mali možnosť rekvalifikovať sa na rodinných lekárov. Tieto programy sa realizovali len od r. 2001 do r. 2003 s náborom dva razy do roka. Záujem o tento „zrýchlený program“ bol prekvapujúci. Celkove absolvovalo skúšky 6127 lekárov. Väčšina týchto lekárov si myslela, že diplom z rodinného lekárstva môže byť pre nich finančne užitočný, keďže ich súkromné kliniky sa mohli registrovať ako poskytovatelia všeobecnej starostlivosti. V skutočnosti to nebola pravda, pretože súkromné kliniky schválené ako jednotky primárnej starostlivosti v rámci programu nemuseli preukazovať, že praktizujúci lekári majú diplom v odbore rodinné lekárstvo.

Po roku 2004 sa zrýchlený program stal neformálnym: pri 5 rokoch odbornej praxe, najčastejšie je to prax v pozícii všeobecného lekára v nemocnici, a po niekoľkých dňoch ďalšieho školenia musia lekári, aby sa kvalifikovali na rodinných lekárov, urobiť skúšky. Títo lekári robia rovnaké skúšky a testy ako lekári, ktorí absolvujú 3 roky formálneho rezidenčného vzdelávania. V období rokov 2004 až 2011 túto neformálnu formu absolvovalo 106 rodinných lekárov.

Nová stratégia prípravy rodinných lekárov sa zaviedla v roku 2012 pod názvom Učenie praxe rodinného lekárstva. Rodinní lekári by mali byť spôsobilí poskytovať priamu zdravotnú starostlivosť jednotlivým pacientom aj rodinám a tiež podporovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré vykonávajú tímy rodinnej zdravotnej starostlivosti. V tejto novej schéme postgraduálnej prípravy v rodinnom lekárstve sú plánované štyri dimenzie: primárna starostlivosť pre jednotlivých pacientov; spoluúčasť komunít; technická podpora službám v prvej línii a manažment oddelení v nemocnici, do ktorej sú odosielaní pacienti. Na účely praktického výcviku sa vytvoria školiace jednotky. Školencovi v oblasti rodinného lekárstva sa v konkrétnej komunite prideli niekoľko „špeciálnych rodín“, zdravotné zariadenie prvej úrovne, oddelenia v nemocnici, do ktorých sa odosielajú pacienti. To umožňuje precvičovať rôzne zadania. Školenca vedie školiteľ s kvalifikáciou v rodinnom lekárstve a ďalší školiteľ s kvalifikáciou pre

oblasť systémov zdravotnej starostlivosti. Školenci sú týmto spôsobom vedení v dvoch vzájomne sa dopĺňajúcich oblastiach, v primárnej starostlivosti a rodinnom lekárstve a v riadení zdravotných systémov. Školenci riešia zadania a vykonávajú určené úlohy minimálne 1 rok.

Po absolvovaní odbornej praxe v rozsahu minimálne 5 rokov budú oprávnení absolvovať skúšky na získanie spôsobilosti rodinného lekára. V r. 2012 sa prihlásilo 88 lekárov hneď na začiatku tohto nového programu.

Aby rodinné lekárstvo získalo väčšie uznanie a hodnotu, do prípravy sa zaviedli nové metódy na meranie ľudskej dimenzie zdravotnej starostlivosti, napr. simulované prieskumy pacientov s cieľom analyzovať reagovanie lekárov na pacientov, sústredenie na pacienta, terapeutické rozhodovanie, náklady rôznych zariadení v súkromnom a verejnom sektore,¹⁰² v praxi rodinného lekárstva a v praxi iného typu starostlivosti,¹⁰³ hodnotenie reagovania ako súčasť starostlivosti sústredenej na osobu pacienta s použitím množstva dotazníkov a ďalších nástrojov na posúdenie skúsenosti v priesečníku medzi pacientom a zdravotným systémom.¹⁰⁴

Posilnenie ľudských zdrojov

V oblasti rozvoja a mobilizácie ľudských zdrojov s cieľom investovať do rozvoja ľudských zdrojov rozšírila zavedená politika 2-ročné školenie sestier zdravotného strediska na 4-ročný program a vykonávajú sa opatrenia, aby určitý podiel sestier, ktoré absolvovali nové 4-ročné školenie, alebo nemocničných sestier išli pracovať do zdravotných stredísk. Niektoré nové absolventky majú ešte ďalšie 4 mesiace prípravy a môžu sa stať praktickými sestrami, od ktorých sa očakávajú lepšie výkony pri poskytovaní liečebných služieb na úrovni zdravotného strediska.

V ostatných rokoch sa zaviedla výučba založená na kontexte (prostredí) a z piatich okresov v r. 2007 bol tento program v r. 2011 rozšírený do minimálne jedného okresu v každej provincii. Na kontexte založené štúdium je doplnková stratégia k formálnej príprave na zdokonalenie zručností u pracovníkov existujúcich zdravotných stredísk s cieľom poskytovať kvalitnú primárnu starostlivosť v rámci ich integrovaného okresného zdravotného systému. Na kontexte založené štúdium sa zameriava na získanie a odovzdávanie vedomostí a zručností vo vlastnom pracovnom prostredí. Na kontexte založené učenie je viac ako len školenie na zdokonalenie zručností u pracovníkov; je to proces rozvoja organizácie, založený na budovaní tímu a stimulovaní rozvoja systémov integrovanej zdravotnej starostlivosti. Na kontexte založená príprava využíva rodinných lekárov pri

školení pracovníkov zdravotných stredísk a zároveň je to príležitosť pre školenie lekárov v rámci programu štúdia a školenia v oblasti praxe rodinného lekárstva.

Výzvy procesu reformy

Koexistencia rôznych modelov

V Thajsku majú rôzni ľudia predstavy o rôznych modeloch rodinného lekárstva. Najväčšie odlišnosti spočívajú v relatívnom význame, ktorý sa prikladá medicíne a verejnému zdravotníctvu, biomedicínskym, psychosociálnym, individuálnym a kolektívnym aspektom starostlivosti, majú na zreteli sociopolitický kontext, históriu, evolúciu zdravotných systémov a potreby spoločnosti. Zatiaľ sa nenašiel explicitný konsenzus, a tak existuje zároveň viac modelov a situácia nie je prehľadná.

Pokiaľ ide o primárnu starostlivosť na úrovni zdravotného strediska, na jednej strane má prevažujúci model jasné rozdelenie medzi liečebnými a preventívnymi činnosťami, so základnou zodpovednosťou zdravotných stredísk za podporu zdravia a prevenciu. Na druhej strane sa podporuje model vo forme experimentu ako nový prístup, kde je systém organizovaný po línii decentralizovaných a všestranných služieb prvej línie. Zdravotné stredisko by malo vedieť reagovať na väčšinu problémov pacientov ponukou integrovaných liečebných a preventívnych služieb.

Jeden z hlavných dôvodov neprehľadnej situácie je, že takmer všetci zdravotnícki pracovníci vychádzajú z kultúry, kde je v centre nemocnica. Napriek tomu, že určití tvorcovia politických rozhodnutí poznajú koncept primárnej starostlivosti, rodinného lekárstva a integrovaných zdravotných systémov a majú aj teoretickú víziu, nemajú praktické skúsenosti a v určitých momentoch môžu mať pocit, že sa nevedia rozhodnúť, na ktorú stranu sa prikloniť – či ísť za teoretickou víziou, alebo sa držať vlastnej profesionálnej kultúry.

Konfrontácia nemocničnej kultúry s konceptom primárnej starostlivosti a rodinného lekárstva

Politika všeobecnej zdravotnej starostlivosti má za cieľ posilniť primárnu starostlivosť. Hlavní aktéri – lídri realizácie tejto politiky – sú pracovníci nemocníc a manažéri nemocníc.

Prevažná väčšina zdravotníkov v nemocniciach nepozná koncept primárnej starostlivosti, rodinného lekárstva a zdravotných systémov. Mnohí z nich si vykladajú novú politiku výrazne posunutým spôsobom, ktorý je postavený na im známom prostredí, na vlastnej skúsenosti a im známej organizačnej štruktúre. Ukazuje sa, že nie je medzi nimi veľa zdravotníckych profesionálov, ktorí do hĺbky chápu rodinné lekárstvo, ktorí pochopili a osvojili si teoretické koncepty prostredníctvom bezprostrednej skúsenosti v praxi. Základná myšlienka je, že biomedicínske, psychosociálne, individuálne a kolektívne aspekty starostlivosti nie sú alternatívnymi možnosťami starostlivosti, ale sú výrazne odlišnými dimenziami starostlivosti a že tu nejde o to, pre ktorú z nich sa rozhodneme, ale ide o to, aby sa tieto dimenzie jasne artikulovali v procese konzultácií s pacientom a pri poskytovaní služby.

Užitočné je neprestajné objasňovanie cieľov a stratégií, zreteľné poukazovanie na zdroje neporozumenia a ich objasňovanie. Na tento účel je potrebné udržiavať živú komunikáciu, diskusiu a debatu medzi tvorcami politiky a rôznymi účastníkmi procesu.

Dôsledky a poučenie zo skúseností

Masívne obchádzanie komunitných jednotiek primárnej starostlivosti a priame vyhľadávanie služieb v nemocničných ambulantných oddeleniach zo strany pacientov má klesajúcu tendenciu. Podiel pacientov nemocničných ambulantných oddelení fungujúcich ako jednotky primárnej starostlivosti bol v r. 2003 1,2 a v r. 2011 klesol na 0,7. Tieto údaje zahŕňajú návštevy pacientov nemocničných ambulantných oddelení a návštevy pacientov v nemocničnej jednotke primárnej starostlivosti, ktorí boli z nemocníc odoslaní späť do ich jednotky primárnej starostlivosti v komunite. Tieto ukazovatele indikujú zvýšenie miery využívania komunitných jednotiek primárnej starostlivosti, lepšie trasovanie pacientov z týchto jednotiek primárnej starostlivosti do nemocníc pre odoslaných pacientov a sú potvrdením smerovania k politike všeobecného pokrytia.¹⁰⁵

Pokiaľ ide o skúsenosti pacientov a spokojnosť pacientov, prax rodinného lekárstva je systematicky lepšie hodnotená ako iná prax.^{102, 106, 107} V simulovaných patientskych prieskumoch, so štandardizovanými ťažkosťami v podobe opakovanej bolesti žalúdka, ktorá dobre reagovala na antacidá, ktoré si pacienti s priemerným vekom 25 rokov naordinovali sami, prieskumoví simulovaní pacienti vyjadrovali strach z rakoviny, úzkosť a žiadali informácie a vysvetlenie na

simulované otázky a tvrdenia. Štúdie ukázali, že rodinní lekári, najmä mimo nemocničného prostredia, boli oveľa viac sústredení na pacienta a reagovali na ich potreby, boli zároveň lacnejší a preukazovali menšiu tendenciu prehnanej medikácie.^{102, 103} Zároveň sa zistila menšia tendencia nadmerného vyšetřovania pacientov ako reakcie na ich úzkosť a strach z tohto typu zdravotného problému v praxi rodinného lekára (*pozri* Box 6.1).¹⁰³

Pozitívny vplyv reformy primárnej starostlivosti ako súčasti politiky všeobecného zabezpečenia starostlivosti je spojený s klesajúcim trendom incidence katastrofických nákladov na zdravotníctvo, ktoré sú definované ako platby od pacientov na zdravotnú starostlivosť prekračujúce 10 % celkových výdavkov v rozpočte domácnosti; incidencia klesla zo 6,8 % v r. 1996 na 2,8 % v r. 2008.¹⁰⁸ V jednotlivých provinciách sa merala incidencia schudobnenia domácností v súvislosti so zdravím, meraná prostredníctvom prírastku domácností, ktoré pôvodne nepatrili k chudobným, ale sa prepadli do pásma chudoby v dôsledku platieb za lieky a ambulantné a nemocničné zdravotné služby. Meranie ukázalo, že incidencia schudobnenia domácností v súvislosti so zdravím sa po roku 2002 výrazne znížila v najchudobnejších vidieckych oblastiach na severovýchode Thajska a počet schudobnených domácností sa znížil z 3,4 % v r. 1996 na 2,3 % v r. 2002 a na 0,8 % v r. 2008.⁹⁹

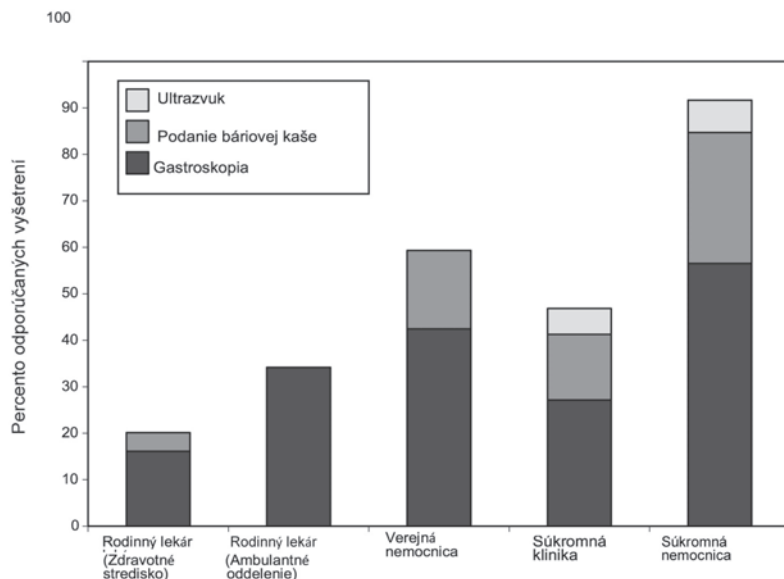
Ešte stále sa vyskytoval určitý stupeň schudobnenia, ktorého hlavnou príčinou bolo, že niektorí ľudia sa rozhodli vystúpiť z programu a platiť z vlastných prostriedkov za ambulantné aj nemocničné služby, najmä v súkromných nemocniciach, ktoré ešte nespádali pod program všeobecného zabezpečenia starostlivosti.¹⁰⁹

Hlavným poučením zo skúseností v Thajsku je, že pri presadzovaní zmeny je potrebná tak technická práca v teréne, ako aj politický tlak. Keď politické hnutie za všeobecnú starostlivosť vyústilo do národných reforiem, model stredísk praxe rodinného lekárstva už bol odskúšaný, overený a známy, a preto bol prijatý ako prostriedok na zabezpečenie poskytovania starostlivosti pre všetkých.

Adekvátna pracovná sila je kľúčová otázka reformy. To súvisí nielen s celkovým nedostatkom ľudských zdrojov, ale súvisí to so zručnosťami, ktoré pracovníci potrebujú vo všetkých zdravotných kontextoch. Otázka ľudských zdrojov sa dá riešiť len na základe dohody o tom, čo sa očakáva od služieb zdravotnej starostlivosti v prvej línii.

Na zvýšenie kapacít pracovníkov zdravotných stredísk, aby pracovali v súlade s princípmi kontinuálnej, integrovanej a efektívnej¹¹⁰ starostlivosti sústre-

BOX 6.1 Tendencia nadmerného vyšetrovania, porovnanie praxe rodinného lekára a iných lekárov pri reagovaní na pacienta sťažujúceho sa na miernu bolesť žalúdka, úzkosť a strach



nej na pacienta, a na získanie si dôvery celej populácie si vyžaduje zreteľnejšiu podporu od nemocnice a kontraktčných jednotiek primárnej starostlivosti. Podpora sestier, lekárov a ďalších pracovníkov strediska je mimoriadne dôležitá. Lekári, najmä rodinní lekári, logicky nájdu svoje miesto v systéme cez podporu primárnej starostlivosti. Popri práci v zdravotných strediskách alebo okresných nemocniciach je efektívna podpora rodinných lekárov pre pracovníkov zdravotného strediska kľúčová pre získanie dôvery obyvateľov, ktorí zvykli obchádzať zdravotné strediská.

ODKAZY

1. PAHO/WHO. *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC: PAHO/WHO 2007.
2. World Health Organization. *World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More than Ever*. Geneva: WHO 2008.

3. World Health Organization: Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-Second World Health Assembly, Geneva, 18–22 May 2009. Resolutions and Decisions*. Geneva, 2009 (WHA62-/2009/REC/1).
4. Sixty-fourth World Health Assembly, WHA64.9, Agenda item 13.4, 24 May 2011. Sustainable health financing structures and universal coverage.
5. Brasil. Ministerio do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE 2010. Available at: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1
6. Brazil. Presidência da Republica. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
7. Mendes, EV. *O cuidado das Condições Crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família*. Brasília: Organização Panamericana da Saude 2012; 512.
8. Giovanella, L, Mendonça MH. *Atenção Primária à Saude. Em: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2008; 1112.
9. Brazil. Ministry of Health, Health Care Department, Basic Health Care Department. National Basic Health Care Policy. Brasília: Ministry of Health, 2007. (Series E. Health legislation) (Series Health Covenants 2006; 4). Directive No. 648, 28 March 2006. Official Gazette of the Union, Executive Power, Brasília, DF, 29 March 2006.
10. Brazil. Ministry of Health, Health Care Department, Basic Health Care Department. Principles and Guidelines for Family Support Core Units. Brasília: Ministry of Health, 2010; 152 p. (Series A. Technical Standards and Manuals) (Basic Health Care Handbook, No. 27).
11. Sampaio LFR. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. *IJPH*. 2010; **8**: 360–8.
12. National Register of Health Facilities. September 2012.
13. Macinko J, Almeida CSE, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Planning Management*. 2004; **19**: 303–17.
14. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil) for child health services. *Cad Saúde Pública*. 2006; **22**: 1649–59.
15. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2009; **4**: 270–6.
16. Facchini LA, Piccin RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste:

- avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica á Saúde. [Performance of the Family Health Programme in the South and North East: institutional and epidemiological assessment of Basic Health Care]. *Rev Cienc Saude Coletiva*. 2006; **11**: 669–81.
17. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. [Basic health care: comparison of the Family Health Programme and basic health care facilities by social exclusion stratum in São Paulo municipality]. *Rev Cienc Saude Coletiva*. 2006; **11**: 633–41.
18. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006; **6**: 156.
19. Piccini RX, Facchini A, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. [Common health needs in the elderly: effectiveness of supply and use of basic health care]. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; **11**: 657–67.
20. Viana AL, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de Atenção Básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. [Basic health care models in the urban municipalities of São Paulo: effectiveness, efficiency, sustainability and governance] *Rev Cienc Saude Coletiva*. 2006; **11**: 577–606.
21. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. An evaluation of the Family Health Programme on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; **60**: 13–19.
22. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Programme on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; **99**: 87–93.
23. Zanini RR, Moraes AB de, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994–2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. [Infant mortality trends in Rio Grande do Sul, Brazil, 1994–2004: a multi-level study of individual and contextual risk factors]. *Cad Saúde Pública*. 2009; **25**: 1035–45.
24. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (ICSAP Project – Brazil). [Hospital admissions for conditions treatable at the primary health-care level: the construction of the Brazilian list as a tool for measuring health system performance]. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*. 2009; **25**: 1337–49.

25. Guanais F, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalisations. Evidence from Brazil. *J Amb Care Management*. 2009; **32**: 115–22.
26. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major Expansion of Primary Care in Brazil linked to Decline in Unnecessary Hospitalisations. *Health Affairs*. 2010; **29**: 2149–60.
27. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalisations Among Adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health*. 2011; **101**: 1963–70.
28. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, et al. Trends in hospitalisations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, 2011; 1–8.
29. Rocha R, Soares RR. Evaluating the Impact of Community Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Programme. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit – Institute for the Study of the Future of Labour. IZA Discussion Paper No. 4119. April 2009.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, 2008: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2010.
31. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med*. 1961; **265**: 885–92.
32. Green LA, Fryer GE, Jr, Yawn BP, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001; **344**: 2021–5.
33. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Grupo de Pesquisa AQUARES, Avaliação em Saúde. Relatórios, em: dms.ufpel.edu.br/aquares/
34. IPEA, System of Indicators of Public Perception (SIPS – Health). Brasília, 2011. Available at: www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf
35. Chomatas ER da V. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [Evaluation of the presence and extension of the core components of primary health care in the basic health care network in Curitiba, 2008]. Available at: www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf
36. Brazil. Ministerio da Saude. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília: 2011. Em: dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
37. Bhutta ZA, Lassi ZS, Pariyo G, et al. Global Experience of Community Health Workers

- for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Scaling Up. Global Health Workforce Alliance (GHWA), Switzerland, April, 2010. Available at: www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/alliance/Global_CHW_web.pdf
38. Dostupné na: determinantes.saude.bvs.br/docs/relatorio_cndss.pdf
39. World Health Organization. *The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever*. Geneva: WHO, 2008.
40. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ Editorial*. 2010; **341**: c4945.
41. CFM/AMB/CNRM. Pesquisa Demografia Médica no Brasil [Demographic and Medical Research in Brazil] 2011.
42. Leão CDA, Caldeira AP. Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;**16**: 4415–23.
43. Castro RCL de. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre. [Perception by medical professionals and nurses of the quality of adult health care: comparison between primary health care services in Porto Alegre]. Available at: hdl.handle.net/10183/18766
44. National Bureau of Statistics of China. Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the Sixth National Population Census (2010). Available at: www.stats.gov.cn/
45. National Bureau of Statistics of China. Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2010 National Economic and Social Development. Available at: www.stats.gov.cn/
46. Wang Weixia. Situation, Problems and Countermeasures of the Aging Population in China. 2011; 8: 315.
47. Chinese Ministry of Health. Chinese Health Statistical Yearbook 2011. Chinese Peking Union Medical College Press.
48. Guiding opinions of the CPC Central Committee and the State Council on Deepening the Reform of the Medical and Health Care System, 2009. Available at: www.gov.cn
49. Guiding Opinion of the Ministry of Health on Further Strengthening the Work of Maternal and Child Health, 2007. Available at: www.gov.cn
50. Li Yan, Wen Liyang. Studies on the Structure of Higher Medical Education in China. *China Higher Medical Education*. 2012; **1**: 1–5.
51. Decision of the Central Committee of the Communist Party of China and the State

- Council Concerning Public Health Reform and Development, 1997. Available at: www.gov.cn
52. Notice about Several Opinions on the Development of City Community Health Service, 1999. Available at: www.moh.gov.cn
53. Guiding Opinion on Developing Urban Community Health Service by State Council, 2006. Available at: www.gov.cn
54. Ministry of Personnel and Ministry of Health Issuing the Intermediate and Advanced Technological Accreditation Conditions for Clinical Professions (trial), 1999. Available at: www.gov.cn
55. Notice of the Ministry of Health Issuing the General Practitioner Standardised Training Pilot Scheme 1999. Available at: www.moh.gov.cn
56. Notice of the Department of Medical Science, Technology and Education, MOH, Issuing the General Practitioner Standardised Training Outline (trial), 1999. Available at: www.moh.gov.cn
57. Notice of the Ministry of Health Issuing Opinions on Developing General Practice Education, 2000. Available at: www.moh.gov.cn
58. Notice of the Ministry of Health Issuing Implementation Measures of Clinical Medicine, Preventive Medicine, General Practice, Pharmacy, Nursing and Other Health Professional and Technical Qualification Examinations, 2000. Available at: www.moh.gov.cn
59. Notice of Interim Provisions of Practice Scope in General Practitioner's Registration by the Ministry of Health, 2001. Available at: www.moh.gov.cn
60. Guiding Opinion on Strengthening the Urban Community Health Personnel Team Building by the Ministry of Personnel and Four Other Ministries, 2006. Available at: www.moh.gov.cn
61. Dong Yanmin. Status of General Practitioners in China and the Strategy for Development. *Chinese General Practice*, 2009; 2: 529–531.
62. Zhang Ling, Zhu Yuewei. Discussing the Service Model of General Practitioners Teams in the Community. *Chinese Health Service Management*. 2008; 24: 327–9.
63. State Council's Guiding Opinion on Establishing the General Practitioner System, 2011. Available at: www.gov.cn
64. Ministry of Health, Ministry of Finance and National Population and Family Planning Commission Jointly Issuing the Opinion on Promoting the Equalisation of Basic Public Health Service, 2009. Available at: www.moh.gov.cn
65. Ministry of Health. 100 Frequently Asked Questions about National Basic Public Health Services, 2011. Available at: www.moh.gov.cn

66. Health Care Reform Office of State Council. Summary Report on Three Years Deepening the Health Career Reform, 2011.
67. Ministry of Labour and Social Security. Guiding Opinion on Encouraging Patients with Health Care Insurance to Take Full Advantage of Community Health Care Service, 2006. Available at: www.moh.gov.cn
68. Chinese Ministry of Health. *Chinese Health Statistical Yearbook 2011*. Chinese Peking Union Medical College Press.
69. Notice on Issuing Guiding Opinions on Setting and Staffing Standards of Urban Community Health Care Service Institutions, 2006. Available at: www.gov.cn
70. Notice of State Commission Office for Public Sector Reform, Ministry of Health and Ministry of Finance on Issuing the Guiding Opinion on the Staffing Standard of Township Hospitals, 2011. Available at: www.gov.cn
71. Chinese Ministry of Health. *Chinese Health Statistical Yearbook 2005*. Chinese Peking Union Medical College Press.
72. LuZuXun, LiYongbin, WangFang, et al. The Development, Effect and Concerned Issues of Pilot Work of National Community Health Service System Building in Key Contact Cities – Based on the Comprehensive Analysis of the Baseline Survey and Routine Monitoring Data. *Chinese Journal of Social Medicine*. 2009; **26**: 321–5.
73. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action. EM/RC59/TechnicalDiscussion. September 1, 2012.
74. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6–12; Alma-Ata, USSR. Geneva: World Health Organization, 1978.
75. The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
76. American Board of Family Medicine. *Definitions and Policies*. Available at: www.theabfm.org/about/policy.aspx
77. Ministry of Health and Medical Education. *Family Physician Guide*. In: I.R of Iran, MoH&ME 2012 (published in Persian).
78. Abdulrazak A, Al-Baho AK, Unluoglu I, et al. Development of family medicine in the Middle East. *Family Medicine*. 2007; **39**: 736–41.
79. Hamad B. Community-based education in Gezira, Sudan. Paper commissioned by WHO for the international meeting on community-based education. Geneva: November 1986.

80. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. Report on the Regional Consultation on Family Practice: assessing the current situation and paving the way forward. WHO/EMRO December 2011.
81. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. Good practices in delivery of PHC in urban areas. WHO/EMRO 2012.
82. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. An overview on FP. In: I.R of Iran, WHO/EMRO December 2012.
83. Ministry of Health and Population. Egypt Health Sector Reform Programme. Central Administration for Technical Support and Projects 2005.
84. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. Report on the Regional Consultation on Family Practice: assessing the current situation and paving the way forward. WHO/EMRO, December 2011.
85. Integrated district health system based on family practice approach; assessment tool and guidelines. WHO/EMRO, July 2010.
86. Sangvichean S. Siriraj Hospital, The First Hospital in Thailand. In: Sangvichean S (ed). *100 years of Siriraj Hospital, History and Evolution*. Bangkok: Faculty of Medicine of Siriraj Hospital, Mahidol University 1998: 1–14.
87. Pearce RM. Letter from The Director of Medical Education of the Rockefeller Foundation to the Minister of Education of Siam. Archive of the Thai National Library 1922.
88. Donaldson PJ. Foreign intervention in medical education: a case study of the Rockefeller Foundation's involvement in a Thai medical school. *Int J Health Serv.* 1976; **6**: 251–70.
89. WONCA. Statement issued at 13th WONCA Conference. Vancouver, 1991.
90. Pongsupap Y. *Introducing a Human Dimension to Thai Health Care: the case for family practice*. Brussels: VUB Press 2007.
91. Zimmerman CC. *Siam Rural Economic Survey 1930–31*. London & New York: GP Putnam's, 1931. 2nd ed. Bangkok: White Lotus 1999.
92. Nitayarumphong S, Srivanichakorn S, Pongsupap Y. Strategies to respond to health man- power needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W (eds). *Providing health care under adverse circumstances: health personnel performance & individual coping strategies*. Antwerp: ITG-Press 2000; 16: 55–72.
93. Nittayaramphong S, Pannarunothai S. Thailand at the crossroads, challenges for health care reform. In: Proceedings of the 5th WONCA Asia Pacific Regional Conference on Family Medicine Education “Learning and Teaching Family Medicine”, 1998 Feb 8–10; Bangkok.

- ⁹⁴. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Thailand: private health care out of control? *Health Policy Plan*. 1994; 31–40.
- ⁹⁵. World Bank. *Thailand Overviews and Key Indicators*, 2011.
- ⁹⁶. Rao C, Porapakkham Y, Pattaraarchachai J, et al. Verifying causes of death in Thailand: rationale and methods for empirical investigation. *Popul Health Metr*. 2010; 8: 11.
- ⁹⁷. Health Care Reform Project Team. *Final Report, Thailand's Health Care Reform Project, 1996–2001, Annex 2: Strategy for developing family practice*. Bangkok: Health Care Reform Project 2001.
- ⁹⁸. Pongsupap Y, Vatcharasil P, Suksom J. *Analysis of visitors of Ayutthaya Urban Health Centres*. Bangkok: Health Care Reform Project 2002.
- ⁹⁹. McManus J. *Thailand's Universal Coverage Scheme: achievement and challenges, an independent assessment of the first 10 years (2001–2010), a synthesis report*. Bangkok: Health Insurance System Research Office 2012.
- ¹⁰⁰. Pacharanrumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: Balabanova D, Mackee M, Mills A (eds). *'Good health at low cost' 25 years on: what makes a successful health system?* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011: 193–234.
- ¹⁰¹. Prueksaritanond S, Tuchinda P. General practice residency training program in Thailand: past, present, and future. *J Med Assoc Thai*. 2001; 84: 1153–7.
- ¹⁰². Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations. *Trop Med Int Health*. 2006; 11: 81–9.
- ¹⁰³. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Is motivation enough? Responsiveness, patient-centredness, medicalization and cost in family practice and conventional care settings in Thailand. *Hum Resour Health*. 2006; 4: 19–28.
- ¹⁰⁴. Polpak A, Pongsupap Y, Aekplakorn W, et al. Responsiveness under different health insurance schemes and hospital types of the Thai health care system. *J Health Sys Res*. 2012; 6: 207–21.
- ¹⁰⁵. National Health Security Office. *Annual Report of the National Health Security Office*. Bangkok: NHSO, 2011.
- ¹⁰⁶. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pac Fam Med*. 2006; 5: 4–12.
- ¹⁰⁷. Pongsupap Y, Boonyapaisarncharoen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and “prime mover family practices”: an exit survey. *J Health Sci*. 2006; 14: 475–83.

- ^{108.}Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Adv Health Econ Health Serv Res*. 2009; **21**: 57–81.
- ^{109.}Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bull World Health Organ*. 2007; **85**: 600–6.
- ^{110.}World Health Organization. *World health report: primary health care – now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008.

KAPITOLA 7

„Africký rodinný lekár“: rozvoj rodinného lekárstva v Afrike 21. storočia

Africké zdravotníctvo sa v porovnaní s ostatným svetom vyznačuje obrovským nepomerom medzi vysokou mierou záťaže chorobnosti a nedostatkom pracovníkov zdravotnej starostlivosti, najmä lekárov, na znášanie tejto záťaže.¹ Táto kapitola popisuje stav zdravia v Afrike a rôzne problémy, ktorým kontinent čelí v tejto oblasti. Kapitola ponúka prehľad rozvoja rodinného lekárstva v Afrike (počnúc Južnou Afrikou, cez východnú Afriku a končiac ostatnými regiónmi kontinentu) s podporou flámskych univerzít. Je popísaná cesta vpred, ktorá si vyžaduje posilnenie rodinného lekárstva v zdravotných systémoch Afriky.

V Afrike lekári pôsobia od začiatku 19. storočia ako všeobecní lekári v primárnej starostlivosti a vo vidieckych nemocniciach bez toho, aby im bolo umožnené doškoľovanie. V 20. storočí bol rozvoj rodinného lekárstva obmedzený na iniciatívy v dvoch krajinách: Južnej Afrike a Nigérii. Prvá katedra rodinného lekárstva bola zriadená na Univerzite v Pretórii v Južnej Afrike už v 60-tych rokoch 20. storočia, vláda Južnej Afriky rodinné lekárstvo uznala ako špecializačný odbor až v r. 2007.² V Nigérii výučba rodinného lekárstva začala v r. 1980,³ ale prvá regionálna africká konferencia Svetovej organizácie všeobecného a rodinného lekárstva (WONCA) sa konala v Nigérii až v r. 2000. V roku 2012 bolo vo WONCA za africký región zastúpených menej ako 10 krajín.

Odbor rodinného lekárstva prijíma psychosociálny model ako jeden zo svojich základných princípov, napriek tomu, že to ešte stále predstavuje výzvu vzhľadom na status quo zdravotnej starostlivosti, kde dominuje biomedicínsky model. Tento ideologický zápas je evidentný v histórii medicíny v Južnej Afrike a ďalších afrických krajinách.

Nedávni absolventi štúdia medicíny, ktorí vyštudovali odbor rodinné lekárstvo, si začínajú hľadať svoje miesto v zdravotných systémoch v rôznych kra-

jinách kontinentu. Katedry rodinného lekárstva bojujú o uznanie a zdravotné systémy sa stále spoliehajú na centralizované služby špecialistov a na vertikálny prístup orientovaný na chorobu. Svetová správa o zdraví 2006 WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie) s názvom „Pracujeme spolu pre zdravie“ zdôrazňuje potreby odbornej prípravy a výučby primárnej zdravotnej starostlivosti v miestnej komunite, aby sa riešil problém „úniku mozgov“ z krajín afrického, karibského a tichomorského regiónu.⁵ Výučba lekárov v odbore rodinného lekárstva s cieľom poskytovať zdravotnú starostlivosť na okresnej úrovni sa dá vnímať ako odpoveď na túto výzvu.

Zdravotný stav v Afrike

Krajiny subsaharskej Afriky sú v nižšom príjmovom pásme, čelia obrovským výzvam vrátane vysokej miery úmrtnosti dojčiat a matiek, HIV/AIDS, tuberkulózy, endemickej malárie, neprenosných ochorení, násilia, traumy a pervazívnej (hlboko prenikajúcej) chudoby. Podľa Svetovej správy o zdraví 2006 mala subsaharská Afrika 11 % svetovej populácie a 25 % svetovej záťaže chorobnosti. V tomto regióne pôsobili len 3 % zdravotníkov sveta a na región pripadalo menej ako 1 % svetových výdavkov na zdravotníctvo.¹ Pri pokračujúcom zvyšovaní počtu obyvateľov a nerozvinutej ekonomike počet osôb žijúcich v chudobe v subsaharskej Afrike neustále rastie a v r. 2008 20,6 % obyvateľov muselo vyžiť z menej ako 1,25 USD na deň.⁶

Napriek snahám vládnych a mimovládnych organizácií a napriek miestnym, národným a medzinárodným programom väčšina obyvateľov Afriky ešte stále nemá ľahký prístup k dostupnej kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Stále početnejšia mestská stredná trieda je síce ochotná platiť za kvalitnú zdravotnú starostlivosť, ale väčšina si nemôže dovoliť lepšiu liečbu.⁷ Najbohatších 20 % populácie dostáva od vlády dvakrát toľko finančných výhod z výdavkov vlády na zdravotné služby ako najchudobnejších 20 % obyvateľov. Bohatšie skupiny populácie s vyššou pravdepodobnosťou dostanú zdravotnú starostlivosť, keď ju potrebujú, i keď použijú menej svojich celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť ako chudobní spoluobčania a lekári ich skôr vyšetrí a dostanú lieky, keď sú chorí.⁸ „Pravidlo starostlivosti naruby“,⁹ podľa ktorého najmenej zdravotníkov je tam, kde sú najviac potrební, ešte stále vo veľkej miere platí vo väčšine afrických krajín. Napríklad v Ghane v r. 2008 dva najbohatšie mestské regióny mali 75,2 % všetkých lekárov, zatiaľ čo tri najviac znevýhodnené, najchudobnejšie vidiecke regióny mali

BOX 7.1 WHO uznáva, že chudoba je najväčší zabijak na svete⁴

Chudoba prejavuje svoj deštruktívny vplyv v každom štádiu života človeka, od chvíle počatia po hrob. Spolčuje sa s najsmrteľnejšími a najbolestivejšími ochoreniami a prináša strastiplnú existenciu všetkým, ktorí ňou trpia.

len 3,8 % z celkového počtu lekárov na poskytovanie starostlivosti komunite.⁸ Podobné nerovnosti existujú v Rwande, kde majú ženy v mestských oblastiach vyššiu pravdepodobnosť, že im pri pôrode pomôže skúsená pôrodná asistentka, ako ženy vo vidieckych oblastiach. Chudoba v Rwande tak predpovedá nespravodlivosť, keď 20 % najbohatších má dvakrát vyššiu šancu, že im pri pôrode pomôže skúsená pôrodná asistentka, ako 20 % najchudobnejších žien v Rwande.¹⁰

Nerovnomerné rozmiestnenie ľudských zdrojov vytvára nespravodlivosť v prístupnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti.¹¹ Chudobní sú nielen viac náchylní ochoriť, ale nie sú schopní s ochorením sa vysporiadať, pretože často majú sťažený prístup k zdravotnej starostlivosti.

Popri chudobe je aj únik mozgov, resp. boj o ľudský kapitál významný faktor prispievajúci k problémom so zdravotnou starostlivosťou v Afrike. Výskum ukazuje, že približne 65 000 v Afrike narodených lekárov a 70 000 v Afrike narodených profesionálnych sestier v roku 2000 pracovalo mimo Afriky, vo vysokopríjmových krajinách. Tieto čísla predstavujú jednu pätinu celosvetového počtu v Afrike narodených lekárov a približne jednu desatinu v Afrike narodených profesionálnych sestier.¹²

Únik mozgov nie je len do krajín mimo Afriky, ale deje sa aj na africkom kontinente, keď sa lekári a zdravotníci presúvajú do krajín s vyššími platmi a so stabilnejším prostredím. Napríklad mnohí lekári z Nigérie a Demokratickej republiky Kongo sa presídlili do Namíbie, Južnej Afriky a Botswany. V pôvodných krajinách únik mozgov zanecháva obrovskú časť komunit bez primeraného počtu pracovníkov v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Najčastejšie táto skutočnosť nepriaznivo vplýva na skupiny obyvateľov, ktoré sú už aj tak menej privilegované, majú nižšie sociálnoekonomické postavenie a viac potrebujú zdravotnú starostlivosť. Únik mozgov je z vidieckych do mestských oblastí, z verejného sektoru zdravotnej starostlivosti do súkromného alebo do dobre financovaných mimovládnych organizácií, z primárnej sféry do terciárnej a z klinickej starostlivosti do oblasti manažovania zdravotníctva alebo

BOX 7.2 „Snívam o dni, keď sa títo doktori vrátia“

Snívam o dni, keď sa títo ... doktori ... vrátia z Londýna, Manchestru, Paríža, Bruselu a prispedia svojou odbornosťou k objasneniu problémov a výziev v Afrike a pomôžu nájsť riešenia.

—*Thabo Mbeki, bývalý prezident Južnej Afriky
na tému „Africká renesancia“¹³*

verejného zdravotníctva. Väčšina krajín subsaharskej Afriky má viac špecialistov v terciárnej sfére v nemocniciach v hlavnom meste ako všeobecných lekárov v okresných nemocniciach alebo zdravotných strediskách, a to napriek tomu, že v krajine je vyššia potreba zabezpečiť starostlivosť bližšie ku komunite.

Je veľa dôvodov, prečo ľudia odchádzajú, nie je to len pre vyššie platy, ale aj pre lepšie pracovné podmienky, vyšší životný štandard, viac príležitostí pre členov rodiny, väčšia spokojnosť v práci alebo postup v kariére. Ďalším veľmi významným dôvodom je osobná bezpečnosť a vyhýbanie sa politickej nestabilitě, vojne alebo hrozbe násillia na pracovisku alebo v komunite.

Začiatky rodinného lekárstva v Južnej Afrike

V roku 1968 Univerzita v Pretórii v Južnej Afrike zriadila prvú katedru rodinného lekárstva, kde sa pripravovali lekári špecializovaní na primárnu zdravotnú starostlivosť, ktorí sa teraz nazývajú rodinní lekári. Všetkých sedem fakúlt medicínskych vied na ďalších univerzitách v Južnej Afrike nasledovalo túto iniciatívu, ktorá viedla k rozvoju odboru rodinného lekárstva v Južnej Afrike.

V r. 1997 sa konal workshop akademických útvarov rodinného lekárstva na všetkých 8 lekárskech fakultách v Južnej Afrike a pracovníkov z Ghentskej univerzity v Belgicku, v meste Durban na tému „Výučba rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti v Južnej Afrike a Flámsku“. Na záver workshopu bola sformulovaná „Durbanská deklarácia“, v ktorej katedry rodinného lekárstva dohodli vytvorenie siete na komunikáciu a konzultácie. Vzniklo Združenie vzdelávania v rodinnom lekárstve (FaMEC – Family Medicine Educational Consortium) s cieľom zdieľať a vzájomne si vymieňať odborné poznatky a skúsenosti, vzájomne podporovať rozvoj, štandardizovať výsledky vzdelávania a základné kurikula, vypracovať vhodné hodnotenie a skúšky.^{14, 15}

V nasledujúcich rokoch po vytvorení FaMEC partnerské katedry pravidelne organizovali stretnutia medzi univerzitami.¹⁶ Od roku 2003 boli tieto aktivity financované z grantu pre rozvoj spolupráce medzi univerzitami (VLIR-UOS).¹⁷ Bol menovaný koordinátor, organizovali sa každoročné workshopy a dve skupiny profesorov rodinného lekárstva z Južnej Afriky navštívili katedry rodinného lekárstva Flámskej univerzity, aby si vymenili skúsenosti so vzdelávaním rodinných lekárov. Postupne sa kurikulá revidovali, aby boli spoločensky zodpovednejšie a odrážali výsledky odbornej prípravy na národnej úrovni.

Určité vzdelávacie programy, napr. na Univerzite v juhoafrickom meste Stellenbosch, vyvinuli internetové moduly s potenciálom zasiahnuť širšiu populáciu, vrátane lekárov v iných afrických krajinách. Podarilo sa dosiahnuť národný konsenzus o výsledkoch klinických procedurálnych zručností, ktoré by sa mali očakávať od absolventov vzdelávacích programov.¹⁸ V auguste 2007 vláda Južnej Afriky oficiálne uznala rodinné lekárstvo ako špecializačný odbor.¹⁹ Po tomto uznaní sa organizovali ďalšie školenia v zdravotných strediskách primárnej starostlivosti, v okresných nemocniciach, pričom boli vytvorené formálne školiace pozície a bol zriadený priamy dohľad. Vo všetkých provinciách Južnej Afriky boli vytvorené ďalšie vzdelávacie komplexy, ktoré pozostávajú zo zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti, okresných nemocníc a regionálnych nemocníc.

Z Južnej Afriky do východnej Afriky

V 2005 FaMEC nadviazal kontakt s univerzitami a katedrami rodinného lekárstva mimo Južnej Afriky, v Tanzánii, Ugande, Mozambiku a Demokratickej republike Kongo. Pozitívna skúsenosť so spoluprácou v Južnej Afrike viedla k novému projektu „Rozvoj vzdelávania v rodinnom lekárstve/primárnej zdravotnej starostlivosti v Južnej Afrike a v krajinách východnej Afriky: opatrenie na zabezpečenie kvalitnej a spravodlivo dostupnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Siete Juh-Juh“.²⁰

V rámci tohto projektu sa rozvíja spolupráca Juh-Juh. Osem juhoafrických katedier rodinného lekárstva, ktoré spolupracovali vo FaMEC, vytvorili prepojenie s novovznikajúcimi katedrami rodinného lekárstva vo východnej Afrike, menovite v Tanzánii (Univerzita Aga Khana), Keni (Univerzita Moi – Eldoret), Demokratickej republike Kongo (Goma), Rwande (Národná univerzita – Butare) a Ugande (Vedecko-technická univerzita Mbarara a univerzita Makerere).

BOX 7.3 „Jeden prút sa ľahko zlomí, ale zväzok prútov je nezlomiteľný“

Jeden prút sa ľahko zlomí, ale zväzok prútov je nezlomiteľný – spolu môžeme dosiahnuť oveľa viac ako len jediná inštitúcia.

—*Profesor Nelson Sewankambo,
dekan lekárskej fakulty na univerzite v Makerere, Uganda
(jedna z najstarších a najprestížnejších univerzít v Afrike, založená v r. 1922)*

Menovaní boli dvaja koordinátori na čiastkový úväzok, jeden pre Južnú Afriku a druhý pre oblasť východnej Afriky. Bolo zjavné, že pokiaľ ide o obsah vzdelávacích programov, potrebná odborná základňa bola postavená na spolupráci Juh-Juh. Podstatné bolo nájsť stratégie, ako odovzdávať informácie ďalším a ako ich začleniť a transponovať do vhodného vzdelávacieho kontextu v rozličných prostrediach. Spolupráca Juh-Juh slúžila ako katalyzátor procesu rozvoja a modely navrhnuté na jednom mieste sa dali využiť na iných miestach. Každoročné workshopy boli dôležitou platformou pre vzájomnú výmenu skúseností a napriek tomu, že kontext bol v jednotlivých krajinách dosť odlišný, použili sa podobné stratégie, ktoré kladli dôraz na spoločenskú zodpovednosť, na učenie založené na praxi a na vytváranie vzdelávacích komplexov bližšie ku komunite.

V rámci tohto projektu sa vyhotovil prehľad literatúry o spolupráci Juh-Juh.²¹ Ešte z koloniálnych čias mali africké univerzity bohaté kontakty s univerzitami v ich kolonizátorských krajinách v Európe (na Severe), ktoré im poskytli podporu, výskum a rozvoj ľudských zdrojov. Počas mnohých desaťročí spojenie so Severom bola norma, zatiaľ čo medzi univerzitami v rovnakej geografickej oblasti boli len malé väzby a spolupráca. V 60-tych rokoch 20. storočia získali africké krajiny nezávislosť a vzrástalo sa hnutie na podporu spolupráce medzi krajinami na juhu, ktoré sa začalo konferenciou v roku 1955 v Bandungu, kde sa stretli lídri afrických a ázijských krajín s cieľom vytvoriť väzby v kultúrnej a ekonomickej oblasti v rámci globálneho juhu a na podporu jeho rozvoja.²¹ V r. 2006 UNESCO (Organizácia Spojených národov pre výchovu, vedu a kultúru) definovala spoluprácu Juh-Juh ako proces, v ktorom sa dve alebo viac rozvíjajúcich sa krajín usiluje o vlastný individuálny alebo kolektívny rozvoj prostredníctvom spolupráce a vzájomnej výmeny poznatkov, zručností, zdrojov, materiálov

a technického know-how. Krajiny na juhu majú veľa skúseností, o ktoré sa môžu vzájomne podeliť, keďže sú si podobné socioekonomicky aj politicky.²²

Keďže v mnohých prípadoch financovanie prichádza zo Severu, vzniká tak spolupráca Sever-Juh-Juh, pričom partner zo Severu financuje partnerov z južných oblastí v rámci spolupráce a spoločného využívania zdrojov a pri spoločnom výskume.

Expandovanie z východnej Afriky do ostatných častí anglofónnej Afriky

V r. 2007 sa vytvorila úspešná aplikácia pre Edulink, ktorá realizuje programy financované z prostriedkov Európskej komisie v Afrike, karibskom a pacifickom regióne s cieľom vytvoriť sieť Primafamed Network, „Sieť pre vzdelávanie v primárnej starostlivosti/rodinnom lekárstve“.²³ Cieľom Primafamed Network bolo vytvoriť sieť medzi inštitúciami, medzi vznikajúcimi a už etablovanými katedrami a inými akademickými útvarmi rodinného lekárstva na univerzitách v subsaharskej Afrike.

Cieľom Primafamed Network bolo prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu komunit zabezpečením dostupných, na potreby komunity reagujúcich a kvalitných zdravotných systémov v subsaharských afrických krajinách tým, že sa zabezpečí:

- ▶ vzdelávanie a školenie rodinných lekárov, aby poskytovali interdisciplinárne, na potreby jednotlivcov a ich rodín orientované služby primárnej starostlivosti v komunitách, kde žijú;
- ▶ plánovanie, rozvoj a posilnenie akademických útvarov, resp. katedier rodinného lekárstva, ktoré budú ponúkať výučbu a školenie v odbore rodinného lekárstva na pregraduálnej a postgraduálnej úrovni;
- ▶ vypracovanie komplexnej vízie a stratégie, zodpovedajúcej špecifickému kontextu subsaharskej Afriky, kde by sa vymedzil prínos rodinného lekárstva a tímov primárnej starostlivosti k zabezpečeniu spravodlivého prístupu k dostupnému systému kvalitnej primárnej zdravotnej starostlivosti;
- ▶ vytvorenie konkrétnej inštitucionálnej siete medzi katedrami a ďalšími útvarmi rodinného lekárstva a primárnej starostlivosti.

Po spustení činnosti siete Primafamed sa jej geografická pôsobnosť výrazne zväčšila. Osem katedier, resp. akademických útvarov rodinného lekárstva v Južnej Afrike vytvorilo v rámci projektu partnerstvá a do činnosti sa tak zapo-

jili ďalšie katedry v Tanzánii, Keni, Ugande, Demokratickej republike Kongo, Rwande, Sudáne, Ghane, Ugande a Nigérii. V každej z 10 zúčastnených katedier bol menovaný miestny koordinátor na podporu rozvoja katedier a s finančnou podporou z prostriedkov projektu sa zriadili vzdelávacie komplexy. Popri tom sa vytvorili možnosti na mobilitu pracovníkov a katedry mohli prizývať pedagógov z afrických partnerských organizácií alebo profesorov na zvýšenie úrovne miestnych vzdelávacích kapacít. V roku 2008 v Kampale (Uganda) na prvej konferencii siete PrimaFamed na tému „Zlepšovanie kvality výučby rodinného lekárstva v subsaharskej Afrike“ sa zástupcovia z viac ako 20 krajín zaviazali podporiť reformu kurikula pregraduálneho štúdia s cieľom zvýšiť expozíciu študentov oblasti primárnej starostlivosti, vypracovať a rozplánovať nárast vzdelávania dostatočného počtu rodinných lekárov, prispieť k vedeckému rozvoju rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti, spolupracovať s vládou s cieľom vytvoriť a posilniť partnerstvá primárnej zdravotnej starostlivosti v rámci zdravotného systému a vytvoriť atraktívne a udržateľné kariérne možnosti v rodinnom lekárstve a primárnej zdravotnej starostlivosti.²⁴

Významný počin počas konferencie bolo založenie časopisu pre primárnu zdravotnú starostlivosť a rodinné lekárstvo *African Journal for Primary Health Care and Family Medicine*.²⁵ Tento voľne prístupný on-line časopis dáva výskumníkom možnosť publikovať príspevky o výskume v africkom prostredí a usiluje sa dokumentovať rozvoj rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti v Afrike. Časopis povzbudil mnohých afrických autorov, aby publikovali svoje prvé články a dokumentovali významné aspekty epidemiológie primárnej zdravotnej starostlivosti, procesy primárnej zdravotnej starostlivosti, komunitne orientovanú primárnu zdravotnú starostlivosť a realizáciu medicíny založenej na dôkazoch v africkom kontexte.

V roku 2010 začal tento časopis vychádzať v dvojazyčnej anglickej a francúzskej verzii, čo otvorilo sieť rodinného lekárstva aj krajinám strednej a západnej Afriky.

V r. 2009 začal nový projekt, ktorý ešte ďalej rozšíril rodinné lekárstvo a nazýval sa „Posilnenie rozvojových kapacít pre výučbu rodinného lekárstva v Afrike: Twinningový projekt rodinného lekárstva v Južnej Afrike”.²⁶ V rámci projektu sa každá univerzitná katedra rodinného lekárstva v Juhoafrickej republike spojila v rámci „twinningu“ s inou krajinou na juhu Afriky s cieľom školenia rodinných lekárov. Do twinningového projektu boli zahrnuté krajiny, kde ešte nebola katedra, resp. iný útvar rodinného lekárstva²⁷, vytvorili sa tieto dvojčky:

- Univerzita Limpopo s Rwandou;
- Univerzita Prétoria so Swazijskom;
- Univerzita Witwatersrand s Malawi;
- Univerzita Slobodného Štátu s Lesotho;
- Univerzita KwaZulu-Natal s Mozambikom;
- Univerzita Walter Sisulu so Zimbabwe;
- Univerzita Kapské mesto s Namíbiou;
- Univerzita Stellenbosch s Botswanou.

Twinning zabezpečoval vzájomnú výmenu vzdelávacích programov, podporu pri zriaďovaní a prevádzkovaní miestnych výučbových komplexov u twinningového partnera. Jedným z cieľov projektu bolo vypracovať stratégiu na zastavenie interného úniku mozgov na africkom kontinente, keďže sa často stávalo, že študenti odišli z rodnej krajiny, kde nebola možnosť študovať medicínu, do inej krajiny, a po ukončení štúdia sa už nikdy nevrátili do svojej pôvodnej krajiny. Napríklad Botswana mnohým svojim študentom financovala štúdium v zahraničí, ale po promócií sa do Botswany vrátilo menej ako 20 % týchto študentov a v roku 2012 bolo len 10 % lekárov v Botswane pôvodom z Botswany.²⁷ Vytvorenie študijných komplexov v každej z dotknutých krajín a podpora rozvoja akademických katedier/útvarov rodinného lekárstva zvýšila šance, že lekári po absolvovaní štúdia a rodinní lekári zostanú pôsobiť v krajine svojho pôvodu.

Napriek určitým ťažkostiam tento projekt ďalej zdokonalil a rozšíril rodinné lekárstvo v subsaharskej Afrike. Napríklad v r. 2009 bola na Namíbijskej univerzite vytvorená nová lekárska fakulta a v r. 2010 zapracovala do svojich programov výučbu rodinného lekárstva. Nová lekárska fakulta v Botswane zaviedla výučbu rodinného lekárstva na pregraduálnej aj postgraduálnej úrovni a vytvorila vzdelávacie komplexy v Maune a Mahalapye. Príkladmi výsledkov projektu sú podpora profesorského zboru, školenie školiteľov a možnosti študentských výmenných pobytov.

Rodinné lekárstvo v západnej Afrike: situácia v Nigérii a Ghane

V čase, keď sa začal rozvoj rodinného lekárstva v Južnej Afrike, podobný proces sa naštartoval aj v ďalšej anglofónnej africkej krajine. V 70-tych rokoch 20. storočia, pri založení Postgraduálnej medicínskej univerzity v Nigérii bola všeobecná

lekárska prax premenovaná na rodinné lekárstvo a toto bolo uvedené ako nový špecializačný odbor, pri ktorom sa vyžaduje postgraduálne štúdium. Univerzita požiadala súkromných všeobecných praktických lekárov o spoluprácu a poverila ich dobudovaním tejto špecializácie. Postgraduálne programy rodinného lekárstva sa však začali realizovať až o 10 rokov neskôr. S podporou Royal College of General Practitioners Spojeného kráľovstva, na základe úzkej spolupráce so Združením všeobecných praktických lekárov Nigérie a misionárov v Nigérii, Národná postgraduálna univerzita Nigérie v roku 1981 akreditovala 3 cirkevné misijné nemocnice, aby sa mohol začať praktický výcvik. Univerzita v Calabar pri svojom vzniku v r. 1990 zriadila prvú pregraduálnu katedru rodinného lekárstva v Nigérii. Na základe podpory siete PrimaFamed v roku 2010 pribudlo oddelenie rodinného lekárstva na Katedre komunitného zdravotníctva a primárnej starostlivosti na Lekárskej fakulte Univerzity v Lagose.

Nomenklatúra všeobecných praktických lekárov v Nigérii je jedinečná. Všeobecní praktickí lekári sú lekári, ktorí pracujú v súkromnej praxi. Rodinní lekári sú lekári, ktorí absolvovali 4 roky rezidenčnej praxe. Väčšina týchto lekárov však nepracuje v súkromnej praxi, ale pôsobia ako konzultanti vo verejných inštitúciách, napr. v univerzitných nemocniciach, federálnych medicínskych strediskách a všeobecných nemocniciach. Vzhľadom na ich širšie vzdelanie a prax vykonávajú aj prácu chirurgov, pôrodníkov, internistov, pediatrov, ak sú tieto ich činnosti potrebné vo všeobecných nemocniciach a federálnych medicínskych strediskách, a tiež vykonávajú svoju úlohu všestranných lekárov. Na získanie diplomu rodinného lekára existuje vzdelávací program pre všeobecných praktikov v súkromnej praxi.

Nigéria má solídnu kultúru medicínskeho výskumu. Odbory rodinného lekárstva, komunitného zdravotníctva a verejného zdravotníctva sú výrazne zastúpené v akademickej aj klinickej sfére. Nigérijskí rodinní lekári bežne publikujú v časopisoch ako *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*.

V roku 1991 sa rodinné lekárstvo z Nigérie rozšírilo cez West African College of Physicians do západnej Afriky.⁵⁰ Postgraduálne programy v Ghane začali v roku 1999 len troma rezidentmi. Podobne ako v Nigérii, program bol založený na nemocničnom prostredí a prví školitelia boli súkromní všeobecní praktickí lekári, ktorí boli vybraní ako externí školitelia na univerzite. Prví študenti tohto programu skončili prípravu a skúšky absolvovali v roku 2005. V tom istom roku univerzita Ghana College of Physicians and Surgeons zaviedla ďalší program

v rodinnom lekárstve, ktorý bežal paralelne s programom West African College of Physicians. Gestorom vzdelávania v Ghane bolo ministerstvo zdravotníctva a absolventi rodinného lekárstva mali rovnaké postavenie a boli rovnako odmeňovaní ako absolventi iných špecializácií.⁵¹

Čo je rodinné lekárstvo v africkom kontexte?

Aby sa rodinné lekárstvo v Afrike náležite rozvíjalo, bolo treba preskúmať základnú otázku – čo je rodinné lekárstvo v Afrike – a preskúmať, ako môže rodinné lekárstvo prispieť k zlepšeniu zdravia obyvateľov Afriky a znížiť záťaž chorobnosti. Prvým krokom k získaniu odpovede na túto otázku bolo preskúmať kľúčové princípy rodinného lekárstva v subsaharskej Afrike, uplatniť pritom medzinárodný proces konsenzu s použitím delfskej metódy.²⁸ Štúdia ukázala, že jadrové hodnoty a charakteristiky ako holistický prístup, dlhodobosť, komplexnosť, orientácia na rodinu a komunitu sa uznávajú ako relevantné, pričom v rozvinutejších podmienkach boli rozdiely v miere dôrazu. V rozvinutých krajinách sa odlišne vnímali určité kľúčové organizačné princípy rodinného lekárstva ako napr. starostlivosť prvého kontaktu a návštevy v domácnosti. Najväčšie rozdiely v rozsahu praxe sa ukázali v miere spôsobilosti rodinných lekárov uplatňovať klinické zručnosti, ktoré sa vyžadovali v okresných nemocniciach, aby vedeli vykonávať príslušné procedurálne a chirurgické výkony a aby pôsobili aj ako učitelia a konzultanti pre členov tímu primárnej starostlivosti prvého kontaktu. Táto štúdia podnietila ďalšiu reflexiu úlohy rodinného lekára v Africkom kontexte a jasne ukázala, že táto medicínska disciplína má svoju konkrétnu úlohu ako klinická medicínska disciplína v tíme primárnej zdravotnej starostlivosti, v okresnej nemocnici, ako aj v primárnej zdravotnej starostlivosti, s rôznymi úlohami v rôznych kontextoch – ako poskytovateľa starostlivosti, ako konzultanta, budovateľa kapacít, vykonávateľa dohľadu, manažéra a komunitného vodcu.²⁹

Účastníci africkej regionálnej konferencie WONCA v r. 2009 prijali konsenzuálne vyhlásenie o úlohe rodinného lekárstva v Afrike, kde popísali úlohu rodinného lekára v Afrike nasledovne: „klinický vodca a konzultant v tíme primárnej zdravotnej starostlivosti zabezpečuje primárnu, kontinuálnu, komplexnú, holistickú a personalizovanú vysokokvalitnú starostlivosť pre jednotlivcov, rodiny a komunity.“³⁰ Tento dokument teraz slúži ako spoločná platforma porozumenia a základ pre ďalší rozvoj rodinného lekárstva v Afrike.

Partneri v sieti Primafamed vypracovali stupnicu na hodnotenie fungovania rôznych katedier alebo útvarov rodinného lekárstva s cieľom analyzovať pokrok, ktorý dosahuje vzdelávanie a školenie v rodinnom lekárstve. Táto stupnica skúmala dôležité výsledky ako napr. štrukturálna realizácia katedry, vypracovanie kurikula, existencia vzdelávacích komplexov, zavedenie postgraduálneho vzdelávania a či ministerstvo zdravotníctva príslušnej krajiny uznalo rodinné lekárstvo ako odbor medicínskej špecializácie. Táto štúdia ukazuje pokrok v období rokov 2008 – 2010, ukazuje, že je niekoľko faktorov ovplyvňujúcich rozvoj vzdelávania v rodinnom lekárstve a rozvoj katedier, a ukazuje, ako projekt Primafamed pôsobí v tomto procese ako katalyzátor. Na začiatku projektu siete Primafamed mali všetci partneri katedru alebo iný útvar rodinného lekárstva, alebo ho pripravovali, ale len tri z nich zaviedli oficiálne postgraduálne vzdelávanie. Ku koncu projektu 8 z 10 partnerov začali programy postgraduálneho vzdelávania.

V r. 2003 bola publikovaná štúdia o tom, ako kľúčové vedúce osobnosti vnímajú rodinné lekárstvo. Vykonali sa rozhovory a členmi vlády a predstaviteľmi akademickej komunity na tému, ako vidia perspektívu rodinného lekárstva v podmienkach Afriky. Medzi prínosmi rodinného lekárstva vedúce osobnosti uvádzali možnosť mať klinicky zručných lekárov, mať ich „stále k dispozícii“, mať lekárov, ktorí praktizujú holistickú starostlivosť v okresných nemocniciach, so silnou úlohou vodcov a v manažmente v rámci okresnej zdravotnej starostlivosti, ktorí dokážu viesť a usmerňovať tímy primárnej zdravotnej starostlivosti v komunite. Boli vyjadrené aj obavy, že rodinné lekárstvo je ešte neznáme a nie je dostatočne pochopené, a preto ho mnohí oficiálni predstavitelia náležite neuznávajú. Z prostredia samotného špecializačného odboru treba silné argumenty a podporu, aby sa prekonal boj s ambivalentnosťou politiky.³¹

Obmedzenia

Napriek postupnému šíreniu rodinného lekárstva v Afrike nie je to jednoduchá cesta a programy rodinného lekárstva a rodinní lekári čelia mnohým prekážkam. Integrácia rodinného lekárstva do zdravotných systémov jednotlivých krajín je pomalý proces. Tvorcovia politiky v mnohých krajinách zostávajú veľmi konzervatívni, zdravotné systémy sú stále orientované na nemocnice, nemocničných špecialistov a vertikálne programy špecifické pre jednotlivé choroby, čo je často motivované vôľou poskytovateľov financií.³² Rodinné lekárstvo kla-

die dôraz na dôležitosť všeobecných klinikov a systémy zdravotnej starostlivosti založené na primárnej zdravotnej starostlivosti. Je potrebný solidný počet dobre pripravených rodinných lekárov, aby preukázali prínos rodinného lekárstva k efektívnej primárnej zdravotnej starostlivosti v Afrike. Na väčšine univerzít sa zároveň pripravuje len niekoľko rezidentov v špecializácii rodinné lekárstvo, pretože univerzita nemá potrebné kapacity a dosiahnutie tzv. kritického „bodu zvratu“ si vyžaduje čas. Univerzita Gezira v Sudáne ukázala, že je možné vytvoriť káder dobre pripravených rodinných lekárov, ktorí v krátkom čase dokážu uskutočniť zmeny. V Sudáne to bolo možné, pretože tvorcovia politiky, miestne authority a univerzita Gezira synergicky a nákladovo efektívne reagovali na životne dôležité potreby obyvateľov.

Skúsenosti ukazujú, že sa ťažko hľadajú peniaze na podporu rodinného lekárstva a sietí ako Primafamed. Medzinárodní darcovia vrátane Nadácie Billa and Melindy Gates, Svetovej banky, Medzinárodného menového fondu a Clintonovej nadácie zameriavajú svoje úsilie skôr na vertikálnu líniu, na programy zamerané na určité choroby v konkrétnych nemocniciach alebo okresoch, a nie na posilňovanie celonárodnej, komplexnej, na komunitu orientovanej primárnej zdravotnej starostlivosti a rodinného lekárstva.

Miléniové rozvojové ciele stanovili cieľové ukazovatele, ktoré by sa mali dosiahnuť do roku 2015. Tragédia je, že v roku 2012 subsaharská Afrika ostáva mimo cesty vedúcej k dosiahnutiu cieľov. Početné africké krajiny nedosiahli dostatočný pokrok na zníženie dojčenskej úmrtnosti a úmrtnosti matiek a počet osôb s HIV/AIDS naďalej rastie. V mnohých krajinách treba vynaložiť výrazne väčšie úsilie na zabezpečenie všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých a najmä pre chudobných.³³ Je jasné, že Afrika je najťažšie postihnutá rastúcimi globálnymi rozdielmi v miere úmrtnosti, ktoré sú často dôsledkom pandémie HIV/AIDS, čo sa ešte zhoršuje zväčšujúcimi sa ekonomickými rozdielmi. Dva kontinenty s najextrémnejším rozdielom v rozdelení bohatstva sú Severná Amerika a Afrika. Rozdiel očakávanej dĺžky života v rokoch 1950 – 1955 bol 30,6 rokov, ale v rokoch 1985 – 1990 sa zmenšil na menej ako 24 rokov. Odvtedy však tento rozdiel opäť narástol a v roku 2012 bol takmer na rovnakej úrovni ako v 50-tych rokoch.³⁴ Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa vo svete stáva problematickou pre rastúci počet obyvateľov, predovšetkým v rozvíjajúcich sa krajinách. V dôsledku globalizácie sa významne zvýšila mobilita a migrácia, čo vedie k odlivu mozgov a úbytku dobre vyškolených zdravotníckych profesionálov z oblastí, kde sú najviac potrební.

Rodinné lekárstvo v Afrike a rozvoj zdravotných systémov

Vo väčšine rozvíjajúcich sa krajín smeruje prevažná časť zdrojov do nemocníc sekundárnej a terciárnej sféry, ktoré poskytujú starostlivosť len malému percentu populácie. Atraktívnosť a „moc“ nemocníc v zdravotných systémoch je silná. Nemocnica je viditeľnejšia, zatiaľ čo primárna starostlivosť je v rámci spoločnosti rozptýlená v podobe kliník (ambulancií), komunitných zdravotných stredísk a okresných nemocníc. Svetová správa o zdraví z r. 2008 s názvom *Primárna zdravotná starostlivosť*, teraz viac ako kedykoľvek predtým zdôrazňuje potrebu odpútať sa od zamerania sa len na nemocnice a sústrediť sa na poskytovanie starostlivosti bližšie ku komunite, čo prezentuje ako jeden z hlavných krokov k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti a dosiahnutiu všeobecne prístupnej a spravodlivo dostupnej starostlivosti.³⁵

V ostatných rokoch sa zvyšuje váha ďalšieho zdroja napätia. Je to antagonizmus medzi horizontálnou (na celú osobu a komunitu orientovanou starostlivosťou) a vertikálnou (na jedinú chorobu orientovanou) starostlivosťou. Krátko po Deklarácii z Alma-Aty z r. 1978, v ktorej sa tak veľmi zdôraznil význam komplexnej primárnej zdravotnej starostlivosti,³⁶ koncept selektívnej primárnej zdravotnej starostlivosti posilnil vertikálne programy „orientované na jedinú chorobu“. Epidémia HIV/AIDS v 80-tych rokoch 20. storočia bola silným impulzom tohto vývoja smerom k vertikálnym programom. Početné medzinárodné mimovládne organizácie sa tiež začali sústreďovať na vertikálne programy. Do týchto vertikálnych programov sa investujú obrovské zdroje, ale celkové výsledky mnohých programov boja proti konkrétnej chorobe sú slabé³⁷ a Afrika väčšinu Miléniových rozvojových cieľov do roku 2015 nesplní. Veľký problém vertikálnych programov je, že riešia len malý zlomok dopytu, resp. potrieb komunity v oblasti zdravotnej starostlivosti. Správa vypracovaná pre Švajčiarsku agentúru pre rozvoj a spoluprácu identifikovala aj ďalšie nevýhody vertikálnych programov vrátane vytvárania duplicit, keďže každý program zameraný na jedinú chorobu si vyžaduje svoju byrokráciu; zariadenia sa nevyužívajú efektívne pre potreby obyvateľov, čo môže viesť k medzerám v starostlivosti; zistilo sa, že starostlivosť nezodpovedá požiadavke poskytovania kvalitnej starostlivosti; programy, ktoré boli financované z externých zdrojov, mohli podkopávať kapacitu vlády tým, že znižovali zodpovednosť štátu za zlepšovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom vlastných služieb.^{38, 39} Možno je potrebný diagonálny prístup na zmiernenie polarizácie v diskusii medzi zástancami horizontálnych

a vertikálnych programov starostlivosti, aby sa programy postupne, obozretne transformovali a nasmerovali k diagonálnemu a napokon aj k horizontálnemu prístupu financovania.

V marci 2008 WONCA spustila kampaň *15 do 2015*^{40, 41} v spolupráci s Global Health through Education, Training and Service (GHETS),⁴² so sieťou Towards Unity for Health (TUFH)⁴³ a s Európskym fórom pre primárnu starostlivosť (EFPC).⁴⁴ Kampaň *15 do 2015* vyzýva financujúce organizácie, aby primárnej starostlivosti prideliли určujúcu úlohu tým, že do roku 2015 investujú 15 % rozpočtu pripraveného na programy orientované na vertikálne choroby do posilnenia dobre koordinovaných, integrovaných miestnych zdravotných systémov, a žiadali, aby sa tento percentuálny podiel postupne zvyšoval. Kampaň apelovala na ministrov zdravotníctva, aby transparentným spôsobom monitorovali prístupnosť a kvalitu starostlivosti, a tak zabezpečili, že iniciatíva *15 do 2015* povedie k čo najefektívnejšiemu zlepšeniu zdravia spoločnosti.

Zvyšovanie kapacít rodinného lekárstva v Afrike

V r. 2012 sa v Zimbabwe konala tretia africká regionálna konferencia WONCA. V dňoch nasledujúcich po konferencii sa zišli zástupcovia z 20 krajín na konferencii siete Primafamed, kde účastníci prijali vyhlásenie Primafamed „Zvyšovanie kapacít rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti“.⁴⁵ V duchu Rezolúcie 62.12 Svetového zdravotníckeho zhromaždenia 2009 (*pozri* Box 7.4)⁴⁶ Svetovej stratégie WHO pre pracovné sily v zdravotníctve,⁴⁷ a Rezolúcie 59.23 Svetového zdravotníckeho zhromaždenia 2006 „Rýchle zvyšovanie kapacít pracovníkov v zdravotníctve“⁴⁸ účastníci zdôraznili potrebu uplatňovať integrovaný prístup ku komplexnej zdravotnej starostlivosti, aby sa riešila fragmentácia starostlivosti a zdravotných systémov, ktorá sa vníma ako dôsledok nadmerného zamerania sa na vertikálne, na chorobu orientované programy.

Rodinní lekári plne podporujú úsilie vlád v Afrike zamerané na zavedenie všeobecnej zdravotnej starostlivosti s cieľom garantovať právo na zdravie pre všetkých vrátane uskutočnenia Deklarácie z Abuja z roku 2001, ktorá žiada vlády o zvýšenie financovania zdravotníctva minimálne na 15 % rozpočtu v každej krajine,⁴⁹ a tak rozvíjať národný sociálne orientovaný systém zdravotného poisťovania s cieľom zabezpečiť všeobecnú dostupnosť, rozvíjať silné decentralizované okresné zdravotné systémy reagujúce na miestne komunity a zaviesť inovatívne platobné systémy na podporu zlepšovania kvality v integrovanej tímovej primár-

BOX 7.4 Rezolúcia 62.12 Svetového zdravotníckeho zhromaždenia o primárnej zdravotnej starostlivosti vrátane posilnenia zdravotných systémov, 2009⁴⁸

Vyškoliť a udržať adekvátny počet pracovníkov v zdravotníctve, s potrebným mixom zručností, vrátane sestier primárnej starostlivosti, pôrodných asistentiek, pridružených zdravotníckych profesií a rodinných lekárov, ktorí vedú pracovať v multidisciplinárnom kontexte a spolupracovať s neprofesionálnymi komunitnými zdravotnými pracovníkmi, s cieľom efektívne reagovať na zdravotné potreby obyvateľov.

Zasadzovať sa o to, aby sa vertikálne programy, vrátane programov zameraných na konkrétne choroby, vyvíjali integrovaným spôsobom a uskutočňovali v kontexte primárnej zdravotnej starostlivosti.

nej zdravotnej starostlivosti na zabezpečenie „zdravia pre všetkých“. Budúcnosť rodinného lekárstva je v rámci primárnej starostlivosti, a preto treba rodinných lekárov náležite odborne pripraviť na uplatňovanie komunitného tímového prístupu v rámci okresného zdravotného systému, ktorý sa zameriava na prístupnosť a dostupnosť, prepojenie, podporu zdravia a prevenciu ochorení, na komplexnosť, kontinuitu a koordináciu starostlivosti v prostredí rodiny a komunity, na riešenie problémov vyplývajúcich z komorbidít a poskytuje náležitú starostlivosť sústredenú na pacienta a populáciu. Všetky katedry a vzdelávacie inštitúcie pre rodinné lekárstvo potrebujú prijať záväzok, že budú uplatňovať spoločensky zodpovedný prístup a reagovať na potreby v oblasti pracovných síl a na požiadavky systému zdravotnej starostlivosti. Vzdelávanie v rodinnom lekárstve musí byť postavené na požiadavke získať potrebné vedomosti, zručnosti a postoje v kontexte komunity, s prevahou komunitne založených vzdelávacích programov.

Vyhlásenie Primafamed z r. 2012 „Zvyšovanie kapacít rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti“ obsahuje zoznam nasledujúcich a ďalších konkrétnych strategických opatrení na zvýšenie kapacít:

- presvedčiť ministrov zdravotníctva a školstva a vedenia lekárskeho fakúlt, že podstatný podiel (40 % až 60 %) absolventov medicínskeho štúdia by mali byť absolventi odborne školení v rodinnom lekárstve;
- zaintegrovať existujúce obdobie absolventskej komunitnej služby do programov výučby rodinného lekárstva, aby sa urýchlilo zvyšovanie kapacít pri nižších nákladoch;

- ▶ zdefinovať v každej krajine vhodný obsah a trvanie vzdelávacích programov v rodinnom lekárstve;
- ▶ pripraviť rodinných lekárov na celoživotné vzdelávanie a zaviesť vhodné možnosti kontinuálneho profesionálneho rozvoja.

Základné predpoklady na uskutočnenie opatrení:

- ▶ zabezpečiť vo všetkých krajinách vzdelávanie v rodinnom lekárstve a vytvoriť siete, synergiu a spoluprácu na podporu spoločného úsilia po línii Juh-Juh;
- ▶ zapracovať do kurikula každej pregraduálnej medicínskej vysokej školy expozíciu študentov primárnej starostlivosti a rodinnému lekárstvu;
- ▶ zriadiť dobre vybavené vzdelávacie komplexy pre tímy primárnej zdravotnej starostlivosti a vytvoriť prostredie podporujúce transformačné učenie;
- ▶ ponúkať dostatočný počet financovaných pozícií pre školencov v rodinnom lekárstve;
- ▶ zabezpečiť náležité odmeňovanie pre rodinných lekárov a ďalších členov tímov primárnej zdravotnej starostlivosti a ponúkať im atraktívny kariérny rozvoj;
- ▶ vypracovať programy školenia školiteľov, využívať spoluprácu Juh-Juh;
- ▶ zvýšiť rozpočet pre primárnu zdravotnú starostlivosť a nabádať mimovládne darcovské organizácie k investovaniu do posilňovania miestnych systémov primárnej zdravotnej starostlivosti;
- ▶ uskutočňovať kampane pre verejnosť na podporu rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti a viesť obyvateľov k nákladovo efektívnemu využívaniu služieb zdravotnej starostlivosti; a ďalšie.

Pokračuje diskusia o optimálnej dĺžke postgraduálneho štúdia rodinného lekárstva, ktorá sa bude meniť v závislosti od relevantnosti pregraduálneho vzdelávania a kontextových faktorov ako napr. potreba pracovať po absolvovaní pregraduálneho štúdia v okresnej alebo komunitnej nemocnici.

Výskum rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti v Afrike je mimoriadne dôležitý a vyžaduje si vybudovanie výskumných kapacít na lekárske fakultách a katedrách rodinného lekárstva, ako aj rozvoj výskumnej siete rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti v Afrike na podporu výskumu a spolupráce medzi krajinami.

Rozvoj rodinného lekárstva v Afrike podporia strategické rozhodnutia zamerať sa na zvýšenie dostupnosti starostlivosti prostredníctvom všeobecného zabezpečenia starostlivosti aj cez verejné poistenie, systémy sociálneho zabezpe-

BOX 7.5 „Posolstvo nádeje“ emeritného arcibiskupa Desmondu Tutu

Doktori v rodinnom lekárstve vedia o výzvach, usilujú sa ich lepšie pochopiť a snažia sa ich riešiť ... Otázky princípov a hodnôt, vzťahov a zmyslu, nie sú ponechané na náhodu, ale sa stávajú významným prvkom služby, systémov, vzdelávania a výskumu.

To mi dáva nádej, že zdravotné služby sa pretransformujú a budú sa starať o našich ľudí, prevedú nás cez tieto ťažké časy. To je nádej nielen pre Južnú Afriku, ale aj pre našich bratov a sestry v ostatných častiach kontinentu a sveta.

Ak hnutie rodinného lekárstva vie uskutočniť túto úlohu, chyťme sa za ruky a uskutočnime tento sen.

čenia a komunitne orientované programy zdravotného poistenia. Zmena orientácie zdravotného systému z nemocničnej starostlivosti smerom k primárnej zdravotnej starostlivosti, vzdelávanie pregraduálnych študentov aj postgraduálne programy pre lekárov s väčším dôrazom na zodpovednosť voči spoločnosti, bližšie ku komunite, sú podstatné predpoklady na získanie a udržanie dostatočného počtu afrických rodinných lekárov, ktorí budú reagovať na potreby svojich komunit komplexným, dostupným, prístupným, spravodlivým, kvalitným a kontinuálnym spôsobom. Keď sa to bude uskutočňovať, sme presvedčení, že rodinné lekárstvo môže zmeniť život obyvateľov a prispieť k zdravšej budúcnosti Afriky.

Zameranie na primárnu zdravotnú starostlivosť by malo v praxi uskutočniť „posolstvo nádeje“, ako ho vyjadril emeritný arcibiskup Desmond Tutu (pozri Box 7.5).⁴

POĎAKOVANIE

Autori tejto kapitoly ďakujú darcom, ktorí poskytli financovanie rôznych projektov popísaných v tejto kapitole vrátane VLIR-UOS, Európskej únie v programe Edulink, GHETS za stálu finančnú podporu a členom Africkej regionálnej organizácie WONCA za ich prínos k rozvoju rodinného lekárstva a primárnej zdravotnej starostlivosti v Afrike. Vďaka všetkým kolegom v Afrike a vo svete, ktorí autorov neprestávali inšpirovať zanietenosťou, motiváciou a kreativitou pri rozvíjaní rodinného lekárstva a budovaní vzdelávania v rodinnom lekárstve v subsaharskej Afrike.

ODKAZY

1. *World Health Report 2006. Working together for health.* World Health Organization 2006. Available at: www.who.int/whr/2006/en/
2. Hellenberg D, Gibbs T. Developing family medicine in South Africa: A new and important step for medical education. *Medical Teacher.* 2007; **29**: 897–900.
3. Pearson A. *Training for General Practice in Nigeria.* University of Ibadan Press 1980.
4. Hugo J, Allan L. *Doctors for Tomorrow.* NISC South Africa 2008.
5. *World Health Report 2006. Working together for health.* World Health Organization 2006. Available at: www.who.int/whr/2006/en/
6. World Databank. World Development Indicators & Global Development Finance. Available at: databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=3&id=4
7. The Economist. The future of health care in Africa. A report from the Economist Intelligence Unit. Sponsored by Janssen 2012.
8. Discussion paper. International conference on Primary Health Care and health care systems in Africa: Ouagadougou 2008. Available at: www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=2034&Itemid=830
9. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet.* 1971; **1**: 405–12. Available at:
10. www.who.int/gho/countries/rwa.pdf
11. Summaries of country experiences on Primary Health Care revitalization. International conference on Primary Health Care and health care systems in Africa: Towards the Achievement of the Health Millennium Development Goals. Ouagadougou 2008. Available at: www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=2034&Itemid=830
12. Clemens M, Petterson G. New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health. Biomed Central.* 2008; **6**:1.
13. The African Renaissance Statement of Deputy President, Thabo Mbeki. August 13, 1998. Available at: www.dfa.gov.za/docs/speeches/1998/mbek0813.htm
14. Supported by Ministry of Education of Flemish Community.
15. Training in Family Medicine and Primary Health Care in South Africa and Flanders: report of a study visit (16–25/09/97). Projectnr. ZA.96.11, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs.
16. Williams RL, Reid S. Family Practice in the New South Africa. *Family Medicine* 1998; **30**(8): 574–8.
17. The VLIR-ZEIN2003 PR290 project financed by VLIR UOS.
18. Mash B, Couper I, Hugo J. Building consensus on clinical procedural skills for South

- African family medicine training using the Delphi technique. *SA Fam Pract.* 2006; **48**(10): 14.
19. Hellenberg D, Gibbs T. Developing family medicine in South Africa: A new and important step for medical education. *Medical Teacher.* 2007; **29**: 897–900.
 20. The VLIR-ZEIN 2006 PR320-project financed by VLIR UOS.
 21. Du Toit L. *South-South cooperation in health science education: a literature review.* Johannesburg: Wits Centre for Rural Health, 2011.
 22. UNESCO Executive Board 2006. Report by the director-general on the financial implications of creating and implementing a South-South cooperation programme in education. Paris: UNESCO. Available at: www.unesco.org
 23. EuropeAid/124308/D/ACT/ACP. Available at: www.primafamed-ugent.be
 24. The Kampala commitment. Primafamed conference. 17–21 November 2008, Kampala, Uganda. Available at: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/KAMPALA_DECLARATION.pdf
 25. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine www.phcfm.org
 26. The VLIR ZEIN 2009 PR360 project funded by the VLIR UOS.
 27. [www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Botswana:Analytical summary - Health workforce](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Botswana:Analytical_summary_-_Health_workforce)
 28. Mash R, Downing R, Moosa S, et al. Exploring the key principles of Family Medicine in sub-Saharan Africa: international Delphi consensus process. *SA Fam Pract.* 2008; **50**(3): 60–5.
 29. Mash B. Reflections on the development of family medicine in the Western Cape: A 15-year review. *S Afr Fam Pract.* 2011; **53**(6): 557–62.
 30. Mash R, Reid S. Statement of consensus of family medicine in Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine.* Available at: www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/151/50
 31. Moosa S, Downing R, Mash B, et al. Understanding of Family Medicine in Africa: a qualitative study of leaders' views. *British Journal of General Practice.* 2013; **63**(608): 209–16.
 32. Reid S, Mash R, Downing R, et al. Perspectives on key principles of generalist medical practice in public service in sub-Saharan Africa: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2011; **12**: 1–9.
 33. International Bank for Reconstruction and Development/World Bank. Global monitoring report 2006: Millennium Development Goals: strengthening mutual accountability, aid, trade and governance. Washington: IBRD 2006.

34. Dorling D, Shaw M, Smith GD. Global inequality of life expectancy due to AIDS. *British Medical Journal*. 2006; **332**: 662–4.
35. World Health Report 2008. *Primary Health Care, Now More Than Ever*. World Health Organization, 2008.
36. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata; USSR. World Health Organization. September 1978 (see Annex A).
37. Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, et al. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care*. 2006; **6**: 1–13.
38. Brown A. *Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches – experiences and lessons*. Swiss Agency for Development and Cooperation. London: Institute for Health Sector Development, 2001.
39. Ooms G, Van Damme W, Baker B, et al. The ‘diagonal’ approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health*. 2008, **4**: 6.
40. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, et al. Strengthening Primary Care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *British Journal of General Practice*. 2008; **58**: 3–4.
41. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, et al. Funding for primary health care in developing countries: money from disease specific projects could be used to strengthen primary care. *British Medical Journal*. 2008; **336**: 518–19.
42. www.ghets.org
43. www.the-networktufh.org
44. www.euprimarycare.org
45. Scaling up Family Medicine and Primary Health Care in Africa: Statement of the Primafamed network. 23 November 2012, Victoria Falls, Zimbabwe.
46. www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf
47. www.who.int/hrh/documents/en/workforce_strategy.pdf
48. www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wha_scalingup/en/index.html
49. World Health Organization. The Abuja declaration. Ten years on. 2011. www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf
50. *Faculty of Family Medicine curriculum*. West African College of Physicians, 2008.
51. Essuman A, Anthony-Krueger C, Ndanu TA. Perceptions of medical students about family medicine in Ghana. *Ghana Medical Journal*. 2012; **7**: 148.

Príloha A

DEKLARÁCIA Z ALMA-ATY¹

Medzinárodná konferencia o primárnej zdravotnej starostlivosti v Alma-Ate, dvanásteho septembra roku tisíc deväťsto sedemdesiatosem, vyjadruje potrebu, aby všetky vlády, všetci zdravotníci a rozvojoví pracovníci a celé svetové spoločenstvo urýchlene prijali opatrenia na ochranu a podporu zdravia všetkých ľudí na svete, a preto vydáva nasledujúcu deklaráciu:

I

Konferencia dôrazne potvrdzuje, že zdravie je stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody, a nie len neprítomnosť ochorenia alebo nevládnosti, a teda je základným ľudským právom, a že dosiahnutie najvyššej možnej úrovne zdravia je najdôležitejším celosvetovým spoločenským cieľom, ktorého uskutočnenie si vyžaduje činnosť nielen zdravotníctva, ale aj mnohých ďalších sociálnych a ekonomických sektorov.

II

Existujúca vážna nerovnosť v stave zdravia ľudí, predovšetkým medzi rozvinutými a rozvíjajúcimi sa krajinami, ako aj v rámci krajín je politicky, sociálne a ekonomicky neprijateľná, a preto je spoločným problémom všetkých krajín.

III

Ekonomický a sociálny rozvoj založený na novom medzinárodnom ekonomickom poriadku je podstatný pre plné dosiahnutie zdravia pre všetkých a pre zmenšenie rozdielu medzi stavom zdravia v rozvojových a rozvíjajúcich sa krajinách. Podpora a ochrana zdravia ľudí je základným predpokladom udržateľného ekonomického a sociálneho rozvoja a prispieva k lepšej kvalite života a k svetovému mieru.

IV

Ľudia majú právo a povinnosť individuálne alebo kolektívne sa zúčastňovať na plánovaní a realizácii svojej zdravotnej starostlivosti.

V

Vlády nesú zodpovednosť za zdravie svojich obyvateľov, ktorú si môžu plniť len zabezpečením adekvátnych opatrení v zdravotnej a sociálnej oblasti. Hlavný sociálny cieľ vlád, medzinárodných organizácií a celého svetového spoločenstva v nasledujúcich desaťročiach by malo byť, aby všetci ľudia na svete do roku 2000 dosiahli úroveň zdravia, ktorá im umožní viesť spoločensky a ekonomicky produktívny život. Kľúčom k dosiahnutiu tohto cieľa je primárna zdravotná starostlivosť ako súčasť rozvoja v duchu sociálnej spravodlivosti.

VI

Primárna zdravotná starostlivosť je esenciálna zdravotná starostlivosť založená na praktických, vedecky korektných a spoločensky prijateľných metódach a technike, ku ktorým majú jednotlivci a rodiny v komunite všeobecný prístup vo forme plnej účasti a za cenu, ktorú si komunita a krajina môžu dovoliť zachovať v každom stupni rozvoja a v duchu sebestačnosti a sebaurčenia. Tvorí súčasť zdravotného systému krajiny, kde plní ústrednú funkciu a hlavné zameranie a rovnako je súčasťou celkového sociálneho a hospodárskeho rozvoja komunity. Predstavuje prvú úroveň kontaktu jednotlivca, rodiny a komunity s národným zdravotným systémom a prináša zdravotnú starostlivosť čo najbližšie tam, kde ľudia žijú a pracujú a predstavuje prvý prvok procesu kontinuálnej zdravotnej starostlivosti.

VII

Primárna zdravotná starostlivosť:

1. je odrazom a vychádza z ekonomických podmienok, sociokultúrnych a politických charakteristík krajiny a jej komunít a je založená na aplikácii relevantných výsledkov sociálneho a biomedicínskeho výskumu a výskumu v oblasti verejného zdravia a skúseností v oblasti verejného zdravia;
2. rieši hlavné zdravotné problémy komunity, poskytuje náležité podporné, preventívne, liečebné a rehabilitačné služby;
3. zahŕňa minimálne: vzdelávanie o prevažujúcich zdravotných problémoch a metódach ich prevencie a riešenia; podporu zabezpečenia potravín a vhod-

nej výživy; adekvátne zásobovanie bezpečnou vodou a základnú hygienu; starostlivosť o matku a dieťa vrátane plánovaného rodičovstva; imunizáciu proti závažným infekčným ochoreniam; prevenciu a boj proti lokálnym endemickým ochoreniam; náležitú liečbu bežných ochorení a zranení a poskytovanie základných liekov;

4. popri sektore zdravotníctva zapája všetky súvisiace sektory a aspekty rozvoja na národnej a komunitnej úrovni, najmä poľnohospodárstvo, živočíšnu výrobu, potravinárstvo, školstvo, bývanie, verejné služby, komunikácie a ďalšie sektory; a vyžaduje od všetkých týchto sektorov koordinované úsilie;
5. vyžaduje a podporuje maximálne spoliehanie sa na seba od komunity aj jednotlivcov, ako aj ich spoluúčasť na plánovaní, organizácii, prevádzke a riadení primárnej zdravotnej starostlivosti pri maximálnom využití miestnych, národných a iných dostupných zdrojov, pričom s týmto cieľom sa bude schopnosť komunity mať spoluúčasť rozvíjať vhodným vzdelávaním;
6. mala by byť zabezpečená integrovanými, funkčnými a vzájomne sa podporujúcimi systémami odosielania pacientov, čo povedie k progresívnemu zlepšeniu komplexnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých a prioritne pre tých, čo ju potrebujú najviac;
7. spolieha sa na miestnu úroveň a úrovne, kam sa pacienti ďalej odosielajú, vrátane lekárov, sestier, pôrodných asistentiek, pomocného zdravotníckeho personálu, pridružených profesií, komunitných pracovníkov a podľa potreby tradičných praktických zdravotníkov, vhodne vyškolených v sociálnych a technických zručnostiach, aby pracovali ako zdravotnícky tím a reagovali na prejavované potreby komunity v oblasti zdravia.

VIII

Všetky vlády by mali sformulovať národnú politiku, stratégiu a akčné plány na zavedenie a udržanie primárnej zdravotnej starostlivosti ako súčasti komplexného národného zdravotného systému a v koordinácii s ďalšími sektormi. Na ten účel bude potrebná politická vôľa, mobilizovanie zdrojov v krajine a racionálne využitie dostupných externých zdrojov.

IX

Všetky krajiny by mali spolupracovať v duchu partnerstva a služby s cieľom zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre všetkých, keďže dosiahnutie zdravia u ľudí v ktorejkoľvek krajine sa priamo dotýka a je prínosom každej ďalšej krajiny.

V tomto kontexte správa WHO/UNICEF o primárnej zdravotnej starostlivosti je pevným základom pre ďalší rozvoj a fungovanie primárnej zdravotnej starostlivosti na celom svete.

X

Prijateľná úroveň zdravia pre všetkých ľudí na svete sa dá do roku 2000 dosiahnuť lepším a plnším využívaním svetových zdrojov, ktorých významná časť sa teraz vynakladá na zbrane a ozbrojené konflikty. Skutočná politika nezávislosti, pokoja, uvoľnenia a odzbrojenia by mohla a mala uvoľniť ďalšie zdroje, ktoré by sa mohli využiť na mierové účely a predovšetkým na zrýchlenie sociálneho a ekonomického rozvoja, ktorého základnou súčasťou je primárna zdravotná starostlivosť, ktorá by mala dostať náležitý podiel na týchto zdrojoch.

Medzinárodná konferencia o primárnej zdravotnej starostlivosti vyzýva k urýchlenému a efektívnemu konaniu na národnej a medzinárodnej úrovni s cieľom vyvinúť a implementovať primárnu zdravotnú starostlivosť na celom svete a predovšetkým v rozvíjajúcich sa krajinách v duchu technického rozvoja, spolupráce a v súlade s novým medzinárodným hospodárskym poriadkom. Apeluje na vlády, WHO, UNICEF a ďalšie medzinárodné organizácie, ako aj na multilaterálne a bilaterálne agentúry, mimovládne organizácie, financujúce agentúry, všetkých zdravotníckych pracovníkov a celé svetové spoločenstvo, aby podporovali národný a medzinárodný záväzok primárnej zdravotnej starostlivosti a poskytli jej zvýšenú technickú a finančnú podporu, predovšetkým v rozvíjajúcich sa krajinách. Konferencia všetkých vyššie uvedených vyzýva k spolupráci na zavádzaní, rozvíjaní a zachovaní primárnej zdravotnej starostlivosti v súlade s duchom a obsahom tejto deklarácie.

ODKAZ

1. World Health Organization (WHO)/UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Health for All Series, No.1. Geneva: WHO, 1978.

Príloha B

PREORIENTOVANIE MEDICÍNSKEHO VZDELÁVANIA A MEDICÍNSKEJ PRAXE NA DOSIAHNUTIE ZDRAVIA PRE VŠETKÝCH¹

(Rezolúcia WHA48.8 Štyridsiate ôsme Svetové zdravotnícke zhromaždenie)

Majúc na zreteli potrebu dosiahnuť relevantnosť, kvalitu, nákladovú efektívnosť a spravodlivosť v zdravotnej starostlivosti na celom svete;

pamätajúc na to, aké je dôležité mať adekvátny počet a štruktúru poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na dosiahnutie optimálneho poskytovania zdravotnej starostlivosti, preorientovania vzdelávania a praxe všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre všetkých, ako aj na potrebu začať systematicky brať do úvahy každú z týchto oblastí;

uznávajúc, aké je dôležité zasadiť medicínske vzdelávanie do kontextu multidisciplinárneho vzdelávania a poskytovať zdravotnú starostlivosť multidisciplinárnym spôsobom;

uznávajúc, aký významný vplyv majú medicínski pracovníci na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a v rozhodovaní o zmene spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti;

s vedomím, že medicínski pracovníci môžu plniť určujúcu úlohu pri zlepšovaní relevantnosti, kvality a nákladovej efektívnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti a pri zabezpečovaní zdravia pre všetkých;

vidiac, že súčasná medicínska prax by sa mala prispôbiť, aby lepšie reagovala na potreby zdravotnej starostlivosti jednotlivcov aj komunít pri využití existujúcich zdrojov;

uznávajúc potrebu, aby medicínske školy lepšie prispievali k zmenám v spôsobe poskytovania zdravotnej starostlivosti prostredníctvom náležitejšieho vzdelávania, výskumu a poskytovania služieb vrátane preventívnych a podporných činností, aby lepšie reagovali na potreby ľudí a prispeli k lepšiemu stavu zdravia; uznávajúc, že reformy v medicínskej praxi a medicínskom vzdelávaní musia byť koordinované, relevantné a prijateľné;

uznávajúc dôležitý prínos žien v oblasti pracovnej sily v zdravotníctve; majú na zreteli privilegované postavenie WHO pri sprostredkovaní pracovných vzťahov medzi úradnými orgánmi v zdravotníctve, profesijnými združeniami a medicínskymi školami na celom svete,

1. NALIEHA NA členské štáty:

- (1) aby revidovali v rámci kontextu svojich potrieb ľudských zdrojov pre oblasť zdravotníctva špeciálny prínos zdravotníckych pracovníkov a medicínskych škôl pri dosahovaní zdravia pre všetkých;
- (2) aby spolupracovali so všetkými dotknutými orgánmi, vrátane profesijných združení, pri definovaní žiaduceho profilu budúceho zdravotníckeho pracovníka, a kde je to vhodné, aby určili príslušné a doplňujúce úlohy všeobecných lekárov a špecialistov a ich vzťah s ďalšími poskytovateľmi primárnej zdravotnej starostlivosti, s cieľom lepšie reagovať na potreby ľudí a dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu;
- (3) propagovať a podporovať výskum zdravotných systémov s cieľom definovať optimálne počty, štruktúru, nasadenie, infraštruktúru a pracovné podmienky na zlepšenie relevantnosti medicínskeho pracovníka a nákladovej efektívnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti;
- (4) podporovať úsilie zvýšiť relevantnosť medicínskych vzdelávacích programov a prínos medicínskych škôl k realizácii zmien v zdravotnej starostlivosti a reformovať základné vzdelávanie s ohľadom na prínos všeobecných praktických lekárov v službách orientovaných na primárnu zdravotnú starostlivosť;

2. ŽIADA Generálneho riaditeľa:

- (1) aby podporoval koordinované úsilie zdravotných orgánov/úradov, profesijných združení a medicínskych škôl pri skúmaní a uplatňovaní nových vzorcov praxe a pracovných podmienok, ktoré lepšie umožnia všeobecným praktickým lekárom určiť a reagovať na zdravotné potreby ľudí, ktorým poskytujú starostlivosť v záujme zlepšenia kvality, relevantnosti, nákladovej efektívnosti a spravodlivosti v zdravotnej starostlivosti;
- (2) aby podporil vypracovanie smerníc a modelov, ktoré umožnia medicínskym školám a ďalším vzdelávacím inštitúciám zvýšiť kapacity v oblasti základného a ďalšieho vzdelávania pracovnej sily v zdravotníctve a preorientovať ich výskum, aktivity v oblasti klinického a komunitného

zdravotníctva, a tak optimálne prispieť k zmenám spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti;

- (3) aby reagoval na žiadosť členských štátov o technickú spoluprácu pri implementácii reformy medicínskeho vzdelávania a medicínskej praxe zaangažovaním sietí spolupracujúcich centier WHO a mimovládnych organizácií a využitím dostupných zdrojov v rámci WHO;
- (4) aby nabádal a podporoval koordináciu celosvetového úsilia reformovať medicínske vzdelávanie a medicínsku prax v súlade s princípmi zdravia pre všetkých a spolusponzorovaním konzultačných stretnutí a regionálnych iniciatív na presadzovanie vhodných politík, stratégií a smerníc pre pregraduálnych študentov a absolventov zhromažďovaním a rozširovaním relevantných informácií a monitorovaním napredovania procesu reformy;
- (5) aby venoval osobitnú pozornosť potrebám mnohých krajín, ktoré nemajú zariadenia na vzdelávanie a prípravu vlastných zdravotníckych pracovníkov;
- (6) aby na 97. zasadnutí Výkonného výboru predložil správu o preorientovaní vzdelávania a praxe sestier, pôrodných asistentiek a na jeho 99. zasadnutí predložil podobnú správu o ďalších poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti na dosiahnutie zdravia pre všetkých ako doplnenie k preorientovaniu medicínskeho vzdelávania a praxe v tejto rezolúcii a požiadal Výkonný výbor o predloženie odporúčaní k preorientovaniu sestier a pôrodných asistentiek a ďalších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na 49. a 50. Svetovom zdravotníckom zhromaždení.

Máj 1995

ODKAZ

1. World Health Organization (WHO). Proceedings of the 48th World Health Assembly. WHA48/1995/REC/1; 8–10. Geneva: WHO, 1995.

Príloha C

VÝŇATOK ZO SVETOVEJ SPRÁVY O ZDRAVÍ 2008: PRIMÁRNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ – *TERAZ VIAC AKO KEDYKOLVEK PREDTÝM*¹

To, čo sa považuje za primárnu starostlivosť v kontexte s dostatkom zdrojov, bolo nebezpečne zjednodušené v prostredí s obmedzenými zdrojmi.

Primárna starostlivosť bola zadefinovaná, do šírky popísaná a preskúmaná v podmienkach s dostatkom zdrojov, pričom sa často odkazovalo na lekárov so špecializáciou na rodinné lekárstvo alebo všeobecné praktické lekárstvo. Tieto popisy poskytujú oveľa ambicióznejšiu agendu ako neprijateľne obmedzujúce a odrádzajúce preskripcie pre oblasť primárnej starostlivosti, ktoré sa predkladajú nízkoprájmovým krajinám.^{2,3}

- ▶ Primárna starostlivosť poskytuje miesto, na ktoré sa ľudia môžu obrátiť so širokou škálou zdravotných problémov – je neprijateľné, aby primárna starostlivosť v nízkoprájmových krajinách riešila len niekoľko „prioritných ochorení“;
- ▶ Primárna starostlivosť je uzol, z ktorého sú pacienti usmerňovaní v rámci zdravotného systému – je neprijateľné, aby primárna starostlivosť v nízkoprájmových krajinách bola zredukovaná na ojedinelé zdravotné stanovište alebo izolovaného komunitného zdravotníckeho pracovníka;
- ▶ Primárna starostlivosť umožňuje pokračujúce vzťahy medzi pacientmi a klinikmi, v rámci ktorých sa pacienti spolupodieľajú na rozhodovaní o svojom zdraví a zdravotnej starostlivosti; buduje mosty medzi osobnou zdravotnou starostlivosťou a rodinami a komunitami pacientov – je neprijateľné, aby v nízkoprájmových krajinách bola primárna starostlivosť obmedzená na jednosmernú linku prioritných zdravotných intervencií;
- ▶ Primárna starostlivosť otvára možnosti pre prevenciu ochorení a podporu zdravia, ako aj včasné detegovanie ochorenia – je neprijateľné, aby v nízkoprájmových krajinách primárna starostlivosť predstavovala len liečbu bežných ochorení;

- Primárna starostlivosť si vyžaduje tímy zdravotníckych profesionálov: lekárov, sestier, asistentov so špecifickými a sofistikovanými biomedicínskymi a sociálnymi zručnosťami – je neprijateľné, aby bola v nízkopriemových krajinách primárna starostlivosť synonymom neprofesionálnej starostlivosti na nízkej technickej úrovni určenej pre chudobných obyvateľov vidieka, ktorí si nemôžu dovoliť niečo lepšie;
- Primárna starostlivosť si vyžaduje adekvátne zdroje a investície a potom môže poskytovať lepšie služby za vynaložené prostriedky ako jej alternatívy – je neprijateľné, aby v nízkopriemových krajinách musela byť primárna starostlivosť financovaná prostredníctvom platieb od pacientov na základe chybného predpokladu, že je lacná a chudobní by ju finančne mali zvládnuť.

ODKAZY

1. The World Health Report 2008: *Primary Health Care – now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008. Available at: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
2. *Primary Care. America's health in a new era*. Washington DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 1996.
3. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press, 1998.

Príloha D

SPOLUPRÁCA WHO-WONCA

Jeden z hlavných cieľov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), ako aj Svetovej organizácie všeobecných praktických/rodinných lekárov (WONCA) je dosiahnuť zdravie pre všetkých obyvateľov sveta. Tento spoločný cieľ už dve desaťročia vedie tieto dve organizácie k vzájomnej komunikácii a spolupráci na projektoch spoločného záujmu.

Túto spoluprácu predznamenal správa Výboru expertov WHO z r. 1963 *Príprava lekára na výkon praxe v rodinnom lekárstve*, ktorá zdôraznila potrebu rodinných lekárov v každej krajine sveta, bez ohľadu na stupeň jej ekonomického rozvoja. V r. 1973 pracovná skupina WHO zdôraznila význam primárnej starostlivosti a zadefinovala jednotku primárnej starostlivosti, ktorú tvorí všeobecný praktický lekár, sestra a sociálny pracovník. O päť rokov neskôr WHO a Detský fond OSN (UNICEF) sponzorovali Medzinárodnú konferenciu o primárnej starostlivosti v Alma-Ate (v bývalom ZSSR, teraz Kazachstan). Historická deklarácia, ktorá vzišla z tejto konferencie, vyzýva WHO, UNICEF a ďalšie medzinárodné organizácie, vlády, súkromný sektor a verejnosť na zlepšenie dĺžky produktívneho života populácie a redukovanie nerovností v stave zdravia medzi podskupinami populácie. Konferencia v Alma-Ate potvrdila potrebu, aby krajiny poskytovali základné zdravotné služby celej populácii a zabezpečili náležitú pracovnú silu pre zdravotníctvo, a odporúčala, aby „zdravotnícki pracovníci, najmä lekári a sestry, boli vyškolení v sociálnej a technickej oblasti a motivovaní slúžiť komunite“.

Zatiaľ čo v 70-tych rokoch 20. storočia WHO sformulovala víziu zdravia pre všetkých, v krajinách sveta sa uskutočňovala významná evolúcia v oblasti vzdelávania a prípravy všeobecných praktických lekárov. Namiesto nediferencovanej výučby, ako bolo zvykom v minulosti, všeobecní praktickí lekári, nazývaní aj rodinní lekári, dostali možnosť absolvovať postgraduálne vzdelávanie špeciálne zostavené tak, aby ich pripravilo na diagnostikovanie a liečbu väčšiny zdravotných problémov ľudí v prostredí rodiny a komunity. Toto úsilie sa výrazne po-

silnilo po 5. Svetovej konferencii všeobecných praktických/rodinných lekárov, ktorá sa konala v austrálskom Melbourne v roku

1972, kde zástupcovia 23 krajín založili Svetovú organizáciu národných vysokých škôl, akadémií a akademických združení všeobecných praktických/rodinných lekárov (WONCA). V súčasnosti je známa ako Svetová organizácia všeobecných praktických/rodinných lekárov (WONCA) a združuje viac ako 100 členských organizácií zastupujúcich rodinných lekárov z viac ako 130 krajín všetkých regiónov sveta. WONCA v nedávnej minulosti rýchlo expandovala a teraz zastupuje viac ako 300-tisíc rodinných lekárov z celého sveta.

Táto rastúca svetová komunita rodinných lekárov si osvojila stratégiu zdravia pre všetkých a v dialógu s WHO začiatkom 80-tych rokov, čo viedlo následne k uznaniu WONCA ako mimovládnej organizácie v oficiálnych vzťahoch s WHO. V októbri 1993 sa zástupcovia WONCA a WHO stretli počas medzinárodnej konferencie, ktorá sa konala v Národnom ústave zdravia v Bethesde, v štáte Maryland v USA, ktorá skúmala spôsoby, ako by konzultanti mohli efektívnym spôsobom pomôcť krajinám a inštitúciám, ktoré si želajú vzdelávať rodinných lekárov. V tom čase bolo naplánované svetové pracovné stretnutie, kde sa mal vypracovať návrh spoločnej vízie a akčný plán na zlepšenie zdravia jednotlivcov a komunít, ktorá by zodpovedala cieľom zdravia pre všetkých. Stretnutie sa konalo v novembri 1994, keď tieto dve organizácie zvolali strategické akčné fórum v meste London, v kanadskom Ontáriu, kde sa stretlo 60 predstaviteľov vlád pre oblasť zdravotníctva, pedagógov v oblasti medicíny, rodinných lekárov a zástupcov verejnosti z celého sveta. Osobitný dôraz sa kládol na rodinných lekárov. Analyzovali sa prekážky, s ktorými sa krajiny stretávajú pri snahe vybudovať systémy zdravotnej starostlivosti a medicínskeho vzdelávania reagujúce na potreby verejnosti. Účastníci vypracovali 21 konkrétnych odporúčaní na riešenie týchto výziev. Rokovania tohto strategického akčného fóra prispeli k publikovaniu pracovného materiálu WHO-WONCA v januári 1995 pod názvom *Ako zvýšiť relevantnosť lekárskej praxe a vzdelávania pre potreby ľudí: príspevok rodinného lekára*. Vízia, ktorá usmerňovala toto partnerstvo, bola zachytená v nasledujúcom spoločnom vyhlásení z tohto dokumentu:

Na to, aby sa naplňali potreby ľudí, sa musia uskutočniť zásadné zmeny v zdravotnom systéme, v lekárskej profesii, na školách medicíny a ďalších vzdelávacích inštitúciách. Rodinný lekár (všeobecný praktický lekár) by mal plniť ústrednú úlohu pri dosahovaní kvality, nákladovej efektívnosti a sprava-

vodlivosti v systémoch zdravotnej starostlivosti. Na splnenie tejto úlohy musí byť rodinný lekár vysoko spôsobilý poskytovať starostlivosť pacientovi a musí integrovať individuálnu a komunitnú zdravotnú starostlivosť.

Spolupráca medzi Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) a Svetovou organizáciou všeobecných praktických/rodinných lekárov (WONCA) smerujúca k naplneniu tejto vízie má historický význam.

Dokument, ktorý vzišiel z tejto konferencie, položil základy vplyvnej rezolúcie prijatej na Svetovom zdravotníckom zhromaždení v máji 1995, ktorá sa sústredila na preorientovanie medicínskeho vzdelávania a lekárskej praxe v záujme zdravia pre všetkých (*pozri prílohu B*). Táto rezolúcia uznáva „dôležitý vplyv všeobecných praktických lekárov na výdavky na zdravotnú starostlivosť a pri rozhodnutiach o zmene spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti“. Rezolúcia žiada Generálneho riaditeľa WHO, aby nabádal a podporoval koordináciu svetového úsilia o reformu medicínskeho vzdelávania a praxe v súlade s princípmi zdravie pre všetkých.

WONCA a WHO následne publikovali správu o napredovaní v aktivitách uskutočnených v období rokov 1995 až 1998 s cieľom implementovať odporúčania prijaté v Ontáriu. V tejto správe boli uvedené prípady z 31 krajín, popisoval sa v nej pokrok v úsilí dosiahnuť, aby medicínska prax a vzdelávanie viac zodpovedali potrebám ľudí. Tento cieľ získal ešte väčšiu váhu, keď sa v Spojenom kráľovstve zišlo 57 delegátov z 56 krajín, aby skúmali vzťah medzi systémami financovania a zdravotnou starostlivosťou vo svete. Účastníci skúmali základné problémy vzťahu medzi platobnými systémami a kvalitou starostlivosti, nákladovou efektívnosťou a spravodlivosťou v dostupnosti zdravotných služieb v bohatých aj chudobných krajinách.

Akčný plán vychádzajúci z WHO-WONCA Memoranda o porozumení a spolupráci v rokoch 1998 – 2001 podnietil vypracovanie prvého vydania tejto knihy, keď vyzýval k spoločnému úsiliu pomôcť krajinám prijať správne rozhodnutia v oblasti rozvoja praxe rodinného lekárstva a vzdelávania na podporu systémov orientovaných na primárnu starostlivosť.

Predložené nové vydanie knihy je jeden z mnohých výstupov aktuálnej spolupráce medzi WONCA a WHO. Súčasné spoločné iniciatívy zahŕňajú aktivity v mnohých oblastiach ako posilňovanie primárnej zdravotnej starostlivosti, duševné zdravie, prevencia a manažment neprenosných chorôb, klasifikácia primárnej starostlivosti, odborná príprava a podpora pracovnej sily, zdravotníctvo

na vidieku, pracovné zdravotníctvo, sociálne determinanty zdravia, spoločensky zodpovedná príprava a vzdelávanie lekárov, zdravotná starostlivosť sústredená na ľudí, prenosné ochorenia, stop fajčeniu. Silné spojenie medzi WHO a WONCA pokračuje prostredníctvom spoločných cieľov – kvalita, relevancnosť, spravodlivosť a nákladová efektívnosť v zdravotných službách a redukovanie fragmentácie cez väčšiu integráciu verejného a personálneho zdravotníctva.

PodĎakovanie

SPOLUAUTORI DRUHÉHO VYDANIA

Editor:	Michael Kidd
Kapitola 1:	Cynthia Haq (hlavná autorka), Liliana Arias-Castillo, Mary Kay Hunt, Vincent Hunt, Janko Kersnik, Donald Li, Khaya Mfenyana, Dan Ostergaard, Jinan Usta, Preethi Wijegoonewardene
Kapitola 2:	Igor Svab (hlavný autor), Charles Boelen, Jan De Maeseneer, Alex Warner
Kapitola 3:	Tiago Villanueva (hlavný autor), Bruce Arroll, Luís Filipe Cavadas, Gustavo Gusso, Juan Gervas, Kim Griswold, Lawrence Loh, Luisa Pettigrew
Kapitola 4:	Jeffrey Markuns (hlavný autor), Marcelo Marcos Piva Demarzo, Nandani de Silva, Ilse Hellemann-Geschwinder, Inderjit Singh Ludher, Roar Maagaard, Allyn Walsh
Kapitola 5:	Waris Qidwai (hlavný autor), Samia Almusallam, William E Cayley Jr, Felicity Goodyear-Smith, Gustavo Gusso, Victor Inem, Tawfik AM Khoja, Meng-Chih Lee, Lesley Pocock
Kapitola 6:	Wim Van Lerberghe, Hernan Montenegro (hlavní autori), Dheepa Rajan, Mart Leys, Yun Yu (úvod), Claunara Schilling Mendonça (Brazília), Chen Bowen, Dong Yanmin, Guo Aimin, Yin Delu (Čína), Sameen Siddiqi, Hassan Salah, Mohammad Assai (východné Stredomorie), Yongyuth Pongsupap (Thajsko)
Kapitola 7:	Maaïke Flinkenflgel (Rwanda), Bob Mash (Južná Afrika), Olayinka O Ayankogbe (Nigéria), Steve Reid (Južná Afrika), Akye Essuman (Ghana), Jan De Maeseneer (Belgicko)
Redigovali:	Iona Heath, Jan De Maeseneer, Hernan Montenegro, Marc Rivo, Edward Shahady
Technická podpora:	Alfred Loh, Garth Manning, Rachel Cork, Julie-Anne Burton

SPOLUAUTORI PRVÉHO VYDANIA

Pôvodné vydanie tejto knihy napísali spoluautori: Charles Boelen, Cynthia Haq, Vincent Hunt, Marc Rivo a Edward Shahady. Marc Rivo a Edward Shahady zostavili koncept a prvý návrh na základe usmernení riadiaceho výboru, ktorého gestorom bola Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a Svetová organizácia všeobecných a rodinných lekárov (WONCA). Cynthia Haq a Vincent Hunt, v spolupráci s Charlesom Boelenom v Ženeve, rozšírili a revidovali knihu s cenným vstupom od pracovníkov WHO. Spoluautori pripravili konečný návrh, ktorý revidovali pracovníci WHO a členovia WONCA. Výsledkom úsilia bola finálna verzia, v ktorej boli zohľadnené pripomienky a užitočná spätná väzba.

Celkové smerovanie určil spoločný riadiaci výbor WHO-WONCA, ktorého členmi boli: Dan Baden, Charles Boelen, Michael Boland, Wes Fabb, Alan Fatayi-Williams, Robert W. Higgins, Vincent Hunt, Daniel J. Ostergaard, Reg Perkin, Marc Rivo, Robert Schwartz, Edward Shahady a Adam Windak. Na činnosť dohliadala Ilse Hellemann, styčná dôstojníčka WONCA pre WHO.

Kniha má mnoho ďalších prispievateľov. Autori, ktorí vypracovali konkrétne časti, sú: Marjukka Makela, Barbara Booth a Richard Roberts (Zvyšovanie kvality starostlivosti a výsledkov), John Beasley (Podpora výskumu primárnej starostlivosti), Denis Pereira Gray, Philip H. Evans, Russell Steele, Adrian Freeman (Vytváranie profesijných organizácií rodinných lekárov), Scott Brown (Financovanie služieb primárnej zdravotnej starostlivosti a rodinných lekárov) a Wes Fabb (Podpora pozitívnych vzťahov, Zoznam zdrojov). Barbara Starfield prispela radami a kritickými postrehmi k vybraným kapitolám a Mary Kay Hunt pomáhala počas celého procesu.

Mnohí ďalší pomáhali spracovať špecifické aspekty správ, prípadových štúdií alebo poskytli spätnú väzbu: Ian Couper, Javier Dominguez del Olmo, Pham Huy Dung, Sam Fehrsen, Abra Fransch, Adrian Freeman, Craig Gjerde, Jamie Gofan, Shatendra Gupta, Marc Hansen, Warren Heffron, Per Hjortdahl, Abraham Joseph, Zorayda Leopando, Alain Montegut, Marconi Monteiro, Faisal Al Naser, Robert Parkerson, Perry Pugno, Winnie Siao, Stephen Spann, Renato Torres, Chris van Weel a Taiwoo Yoo. Mnohí ďalší sa podieľali na celom procese prípravy tejto knihy a ich cenné vstupy boli zapracované do textu aj s príslušnými odkazmi. Hodnotne prispeli aj pracovníci WHO: Orvill Adams, Ala Alwan, Raphael Bengoa, Philip Musgrove, Mario Dal Poz, Naeema Al-Gasseer, Alexandre Goubarev, Haile Kahssay, Kimmo Leppo a Jorn Heldrup. Finančnú podporu projektu zabezpečila WHO na základe zmluvy s WONCA.

Pôvodná verzia tejto knihy bola publikovaná pod vedením Alfreda W.T. Loh, výkonného riaditeľa, a Yvonne Chung, administratívnej manažérky WONCA. Administratívnu a technickú podporu poskytli Nadine Buzzetti, Janet Clevenstine, Amel Chaouachi a Aaron Lawrence, redakčnú podporu poskytla Angela Haden.

KAPITOLA 6 DRUHÉHO VYDANIA

Držiteľom autorských práv ku kapitole 6 je Svetová zdravotnícka organizácia. Všetky práva vyhradené. WHO udelila vydavateľovi povolenie reprodukovať túto kapitolu. Autori kapitoly 6 sú pracovníci WHO. Za názory vyjadrené v tejto publikácii zodpovedajú výlučne jej autori a ich názory nemusia nevyhnutne predstavovať názory, rozhodnutia alebo politiku WHO.

Osobitné prílohy slovenského vydania

RODINNÍ LEKÁRI V ÉRE NEROVNOSTI, OD NEOSPEVOVANÝCH HRDINOV PO VYCHÁDZAJÚCE HVIEZDY

(Prejav generálnej riaditeľky WHO Margaret Chan
na XX. konferencii WONCA v Prahe 2013, 25. jún 2013)

Excelencie, vážení ministři, praktickí lékaři, dámy a páni.

Ďakujem WONCA za organizovanie tejto svetovej konferencie.

Činnosť WHO a WONCA vychádza zo spoločného základu, najmä priority, ktorou je primárna

starostlivosť a prevencia. Vo svetle jedinečných výziev 21. storočia v oblasti zdravia tento spoločný základ nadobúda stále väčší význam. Je dobré, keď vidíme, že naše spoločné úsilie získava zaslúženú pozornosť.

Ďakujem Českej republike, že hostí toto podujatie v nádhernom meste Praha. Všetci máme možnosť tešiť sa z pamiatok Prahy, jej výstavnej modernej architektúry a ďalších početných viditeľných znakov bohatej histórie mesta, kde sa stretával obchod, kultúra a architektúra.

Vítam príležitosť prihovoriť sa všeobecným praktickým lekárom. Aj Vaše povolanie má bohatú históriu a dosiahli ste veľa, na čo môžete byť hrdí.

Vaša práca je pokračovaním dlhej a vznešenej tradície. Prví lekári boli univerzálni. Praktickí lekári vždy boli chrbtovou kosťou zdravotnej starostlivosti. Praktickí lekári vždy boli pevným základom komplexnej, súcitnej starostlivosti, ktorej stredobodom bol človek.

Dnes ste vychádzajúce hviezdy, do ktorých sa vkladá nádej v súvislosti s početnými zložitými a hrozivými trendmi. Váš talent a zručnosti sú potrebné a žiadané viac ako kedykoľvek predtým.

Moje zaniechanie pre všeobecné praktické lekárstvo má osobnú aj profesionálnu dimenziu.

Moje pôvodné povolanie malo byť zamerané na výučbu detí. Potom som poslúchla svoje srdce, a to doslovne. Môj budúci manžel sa rozhodol pre medicínu.

Prispôsobila som tomu svoje plány. Nasledovala som ho do Kanady, kde sme spolu vyštudovali medicínu. Nikdy som neolutovala ani jedno z týchto dvoch rozhodnutí. Či už sa týkalo mojej kariéry, alebo manžela. V oblasti verejného zdravia pôsobím už 35 rokov. Samozrejme, veľa sa medzičasom zmenilo. Rýchlosť a zložitosť týchto zmien sa však dramaticky zintenzívnila od začiatku tohto storočia. Tieto zmeny podstatne menia kontext zdravotnej starostlivosti, povahu hrozieb pre zdravie človeka a stratégií, ako im predchádzať.

Dámy a páni,

v našom svete sa rýchlo zväčšuje vzájomná previazanosť, na zdravie všade pôsobia rovnaké mocné faktory ako demografické starnutie, rýchla urbanizácia a globalizácia nezdravého životného štýlu.

Pod tlakom týchto síl dochádza k podstatnému presunu bremena ochorení. Chronické neprenosné choroby už predbehli infekčné ochorenia a stali sa najčastejšou príčinou chorobnosti, invalidity a úmrtnosti. Spomínaný posun má rozsiahle dôsledky na organizáciu, financovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Prevencia sa stáva problematickou. Základné príčiny chronických ochorení spočívajú v iných oblastiach ako zdravotníctvo. Korene ochorení sú v produktoch a marketingových praktikách priemyslu. Tabakového, potravinárskeho priemyslu, v nápojoch a alkohole.

Obezita je tiež spojená do veľkej miery s týmito odvetviami a vieme, že tiež postihuje čoraz viac obyvateľov. Údaje WHO ukazujú, že miera výskytu obezity sa od r. 1980 takmer zdvojnásobila v každom regióne sveta.

Je veľa dôvodov, prečo sa ani jednej krajine nepodarilo zvrátiť epidémiu obezity vo všetkých vekových skupinách. Spomeňme aspoň jeden. Rozpočty na zdravotníctvo sú smiešne malé v porovnaní s peniazmi, ktoré spomínané odvetvia vynakladajú na reklamu a marketing. Obyvateľstvo starne bezprecedentným tempom. WHO odhaduje, že v priebehu najbližších 5 rokov prvýkrát v histórii ľudstva počet ľudí vo veku 65 rokov a viac prevýši počet detí vo veku 5 alebo menej rokov.

Terapeutický arzenál klinickej starostlivosti sa podstatne zmenil. Keďže narastá rezistencia na lieky, medicína alarmujúcim tempom stráca látky svojej frontovej línie na boj proti mikróbov. Pri určitých formách tuberkulózy rezistentnej na lieky už zlyhávajú aj lieky druhej línie. A v prípade niektorých chorôb ako napr. kvapavka sú možnosti už tiež takmer vyčerpané.

Niektorí experti tvrdia, že medicína smeruje späť do čias pred antibiotikami. S takým malým množstvom náhradných liekov v zásobe sa posúvame do éry po antibiotikách, keď mnohé bežné infekcie budú opäť zabíjať. To bude koniec modernej medicíny, ako ju poznáme. V post-antibiotickej ére sofistikované zákroky ako výmena bedrového kĺbu, transplantácia orgánov, chemoterapia rakoviny a starostlivosť o predčasne narodené deti – to všetko budú úkony oveľa náročnejšie, ba možno až príliš nebezpečné.

Zároveň sledujeme, ako sa nepredstaviteľným tempom vyvíjajú a zavádzajú nové medicínske technológie, zákroky, nástroje, zariadenia a lieky na chronické choroby. Prichádzajú však za vysokú cenu.

Medicína je jedna z mála oblastí technickej inovácie, kde nové produkty sú takmer vždy drahšie, sofistikovanejšie, ťažšie sa používajú, a predstavujú vyššie riziko, že nebudú fungovať správne.

To určite neplatí v iných oblastiach techniky, napr. v prípade plochých TV alebo počítačových obrazoviek či mobilných aparátov, ktorých používanie je čoraz jednoduchšie a ktorých ceny klesajú.

Pokiaľ ide o skutočnú finančnú dostupnosť najnovších technických inovácií, zdravotná starostlivosť sa v mnohých krajinách blíži k hraniciam svojich možností, k bodu, kde neustále rastúce náklady budú neudržateľné.

Ako uviedla Onkologická komisia časopisu Lancet, onkologická starostlivosť v bohatých krajinách funguje v kultúre nadbytku: nadbytok diagnostických vyšetrení, nadbytok zákrokov a nadbytok príslubov, ktoré vyvolávajú nereálne očakávania u pacientov a ich rodinných príslušníkov. Také očakávania zas vedú pacientov k tomu, aby na sklonku života podstúpili intervencie, ktoré sú toxické, bolestivé, znepokojujúce a mimoriadne drahé, pričom pacienti neprinášajú dokázateľný prínos. Toto nie je ten typ služby, ku ktorej sme sa ako lekári zaväzovali v Hippokratovej prisaha.

Tieto trendy sú univerzálne a v poskytovaní služieb všade prinášajú univerzálne výzvy. Všade sa náklady prudko zvyšujú, rozpočty sa znižujú a očakávania verejnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti narastajú.

Sú tu aj ďalšie problémy. Žijeme v dobe nerovností, ktoré sa však nezmenšujú, naopak, ešte sa zväčšujú. Naš svet sa dostal do povážlivej nerovnováhy aj v oblasti zdravia.

Svet, ktorého rovnováha je výrazne narušená, nie je stabilný, ani bezpečný. To sa živo prejavilo v roku 2011, keď sa protesty a demonštrácie proti sociálnej nerovnosti dostali na prvé stránky novín a spôsobili pády vlád.

Rozdiely medzi krajinami, ale aj priamo v krajinách, v oblasti príjmov, príležitostí, úrovne zdravia a dostupnej starostlivosti sú v súčasnosti väčšie ako kedykoľvek za posledných niekoľko desaťročí. Podľa rozsiahlej štúdie OECD nerovnosť v príjmoch dosiahla najvyššiu úroveň za pol storočia.

Rozdiely v strednej dĺžke života medzi najbohatšími a najchudobnejšími krajinami už presahuje 40 rokov. Celkové ročné výdavky vlád na zdravotníctvo sa pohybujú v rozmedzí od 1 \$ až po viac ako 7000 \$ na osobu. Nárast nákladných a náročných chronických ochorení túto priepastnú nerovnosť ešte zväčší. Len USA v roku 2010 vynaložili 124 miliárd \$ na onkologickú starostlivosť. Vo svete je približne 30 krajín, vrátane 15 v subsaharskej Afrike, ktoré nemajú ani jeden prístroj na rádioterapiu. V tomto kontexte sa primárna starostlivosť dostáva do popredia tak ako nikdy predtým. Pôda pre tento posun bola dobre pripravená. Medzinárodné verejné zdravotníctvo sa od konca 70-tych rokov 20. storočia veľa naučilo.

Dámy a páni,

na medzinárodnej úrovni prístupy k organizovaniu zdravotných služieb absolvovali v nedávnej minulosti niekoľko výkyvov oboma smermi. Tieto výkyvy sa na svetovom fóre prejavili dramaticky, boli dobre viditeľné, intenzívne a boli predmetom živých diskusií. Deklarácia z Alma-Aty z r. 1978 znamenala začiatok kampane „zdravie pre všetkých“ na základe primárnej starostlivosti. Priniesla niekoľko základných princípov a etických hodnôt vrátane rovnosti, solidarity a potrebnej spravodlivosti v dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Primárnu starostlivosť označila za odrazový most pre rozsiahlejšie spoločenské a politické hnutie za spravodlivejšiu zdravotnú starostlivosť.

Takmer bezprostredne za týmito vznešenými ambíciami nasledovala ropná kríza a celosvetová recesia. Ako ubúdalo zdrojov pre zdravotníctvo, selektívne prístupy s balíkmi intervencií začali prevažovať nad zamýšľaným cieľom – od základov transformovať zdravotnú starostlivosť. Objavilo sa ochorenie AIDS a doslova explodovalo. Tuberkulóza, povzbudená epidémiou AIDS, sa vrátila a koná svoju pomstu. Situácia s maláriou sa tak zhoršila, že bola označená v najlepšom za „stabilizovanú“, keďže už sotva mohla byť horšia.

80-te roky sú známe ako „pre rozvoj stratené desaťročie“. Kyvadlo sa odklonilo od široko koncipovaných programov vyváženej starostlivosti a smerovalo k urgentnému manažovaniu ochorení s vysokou úmrtnosťou.

Miléniová deklarácia z prelomu tisícročí, a jej 8 rozvojových cieľov, zname-

nala začiatok najambicióznejšej ofenzívy proti ľudskej biode vrátane biedy za-
príčinenej chorobou.

Závazok vo forme cieľov v oblasti zdravia mobilizoval maximum ľudskej kre-
ativity a veľkodušnosti. Našli sa inovatívne spôsoby, ako znásobiť poskytovanie
život zachraňujúcich intervencií. Finančné prostriedky sa takmer stonásobili.

Sústredené úsilie na dosiahnutie cieľov však podnietilo aj vznik početných
celosvetových iniciatív v oblasti zdravia, ktoré sa zamerali na jedinú chorobu
alebo skupinu intervencií ako napr. očkovanie detí. Mnohé iniciatívy však nara-
zili na nedostatočné kapacity v krajinách prijímateľov, ďalšie početné iniciatívy
si vybudovali svoj vlastný systém obstarávania, zabezpečovania, finančného ria-
denia, monitorovania a hlásenia.

Poskytovanie starostlivosti sa fragmentovalo. Začali sa objavovať znepoko-
jujúce a nelichotivé štatistiky. Len v jednom roku musel Vietnam zvládnuť viac
ako 400 darcovských misií, ktoré skúmali a hodnotili zdravotné projekty alebo
zdravotníctvo. V jedinom roku musela Rwanda rôznym darcom poslať správy
o 890 zdravotných ukazovateľoch, pričom takmer 600 z nich sa týkalo len HIV
a malárie.

**S rastúcim výskytom chronických ochorení sa kyvadlo opäť prevažuje
a smeruje k integrovanej, komplexnej, na človeka orientovanej primárnej
starostlivosti. Zdravotníci už vidia, že týmto ochoreniam sa nedá predchá-
dzať a nie je možné ich zvládať bez solídnej infraštruktúry primárnej sta-
rostlivosti.**

**Zdravotníctvo, ktorého chrbtovou kosťou je primárna starostlivosť a zá-
kladňou sú praktickí lekári, zabezpečuje najlepšie výsledky v oblasti zdravia,
pri najnižších nákladoch a s najvyššou mierou spokojnosti na strane pacien-
tov.**

Jeden štatistický údaj hovorí za všetko. V niektorých krajinách, kde chronic-
ké ochorenia predstavujú hlavné zdravotné bremeno, majú všeobecní praktickí
lekári na starosti 95 % zdravotných problémov, pričom absorbujú len 5 % roz-
počtu na zdravotníctvo.

Niekoľko bude argumentovať, že spomínaná miera spokojnosti na strane pa-
cientov sa vzťahuje aj na ďalších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Niekoľko
povie, že všeobecní praktickí lekári pôsobia v tej vetve medicínskej kariéry, kto-
rá prináša najväčšie uspokojenie a najviac naplňa.

**Práca všeobecného praktického lekára je ťažká a náročná. Nemáte najlep-
šie platy. Vo vašich čakárňach bývajú pacienti všetkých vekových kategórií,**

so symptómami a ťažkosťami, aké si len viete predstaviť, s kompletným spektrom problémov, ktoré má moderná medicína riešiť.

Vaša práca však prináša aj privilegium, že časom svojich pacientov spoznáte, môžete pozorovať, ako žijú a ako sa vyvíja ich zdravotný stav. Všeobecní praktickí lekári robia prácu detektíva, ktorá obohacuje diagnózu o hlbšie úrovne, vrátane sociálnej a environmentálnej, ktoré môžu byť zdrojom zlého zdravotného stavu. Štúdie ukazujú, že pacienti chcú starostlivosť, ktorá je dostupná a ktorú si môžu dovoliť. A predovšetkým chcú starostlivosť, ktorá reaguje na nich ako na ľudské bytosti, v ich špecifickej rodinnej alebo spoločenskej situácii. Ľudia nechcú, aby sa s nimi zaobchádzalo ako s kolekciou špecializovaných telesných orgánov. Neželajú si, aby ich opravovali kúsok po kúsku, súčiastku po súčiastke. Chcú, aby sa s nimi zaobchádzalo ako s ľuďmi, ktorí majú svoj spoločenský a duchovný život.

Pozorujeme trend, ktorý nastúpil v prvých rokoch epidémie AIDS. Mnohí ľudia iniciatívne vyhľadávajú medicínske informácie, ktoré ich zaujímajú. Učia sa čítať výskumné správy a rozumieť im. Prehľadávajú početné webové stránky s medicínskymi informáciami. K lekárovi prídu dobre informovaní, majú pripravené otázky, argumenty a prijímajú samostatné rozhodnutia. To môže obohatiť dialóg medzi pacientom a lekárom, ale zároveň to zvyšuje náročnosť.

Využívanie sociálnych sietí môže mať aj temné stránky, ako sme sa presvedčili v súvislosti s odporom voči očkovaniu detí, ktorý pramení z neopodstatnených obáv zo zvýšeného rizika autizmu. To tiež znásobuje náročnosť preventívnej starostlivosti.

Praktickí lekári sú spojitom v rámci pokračujúcej starostlivosti. Niektorí vaši pacienti potrebujú špecializovanú nemocničnú liečbu. Vy koordinujete túto časť starostlivosti. Vaši pacienti starnú. Získavajú viaceré komorbidity, ktoré si vyžadujú starostlivosť viacerých špecialistov. Vy ste strážcom, ktorý bdie nad pacientom ako celistvou osobou, a staráte sa o to, aby terapie, ktoré naordinovali rôzni lekári, neviedli k nebezpečným interakciám liekov, aby sa rešpektovali kontraindikácie.

Špecializované modely zdravotnej starostlivosti nepredstavujú ideálny prístup k starostlivosti o starnúce populácie. Všeobecní praktici sú tí najpovolanejší na to, aby pestovali dlhodobé vzťahy s pacientmi a majú jedinečné postavenie, ktoré im umožňuje pomáhať ľuďom, aby si zachovali dobrý zdravotný stav aj počas starnutia, aby čo najdlhšie mohli zostať vo vlastnej domácnosti, aby ostali spoločensky aktívni, aby v prípade potreby našli pre nich správny mix speciali-

zovanej starostlivosti. Tento integrovaný prístup si vyžaduje multidisciplinárnu tímovú prácu, ktorá zahŕňa sestry. A skutočne, jeden z dôvodov, prečo bol bezpečnostný kontrolovaný projekt WHO u chirurgov taký úspešný, je, že zapája celý tím vrátane sestier. Všetci sa delia o zodpovednosť a každý má rovnako dôležitú úlohu pri ochrane pacienta pred nebezpečnými alebo fatálnymi chybami.

Valné zhromaždenie OSN zvolalo v roku 2011 osobitné zasadnutie venované prevencii a kontrole neprenosných chorôb. To bolo len druhý raz v histórii, keď si téma z oblasti zdravia vyslúžila pozornosť na takej vysokej politickej úrovni.

Ako jasne konštatuje Politická deklarácia z tohto podujatia, prevencia musí byť uholným kameňom celosvetovej odpovede na tieto smrtiace, náročné a nákladné ochorenia.

Od začiatku tohto storočia WHO viac ráz prispela významným spôsobom k celoplošnej prevencii tým, že prijala viacero medzinárodných dokumentov. Rámcový dohovor WHO o kontrole tabaku je jeden z mimoriadne silných dokumentov, keďže jeho ustanovenia sú právne záväzné.

Ďalšie dokumenty poskytujú celosvetové stratégie a politické možnosti na zredukovanie škodlivého užívania alkoholu, lepšie stravovanie, výživu a telesný pohyb. Členské štáty WHO tiež prijali odporúčania na zredukovanie marketingu nezdravých potravín a nápojov pre deti. Ale aj keby sa všetky tieto stratégie úplne dokonale zrealizovali, naďalej budeme mať klinické prípady ochorení srdca, rakoviny, diabetu a chronických respiračných ochorení. Týchto pacientov, ktorí si vyžadujú starostlivosť, stále pribúda.

Prevencia sa oprávnene považuje za základný kameň globálnej odpovede. A na úrovni jednotlivca, samostatnej ľudskej bytosti, všeobecní praktickí lekári zostávajú základným kameňom prevencie aj starostlivosti.

Dámy a páni,

na technicky zameraných stretnutiach, kde sa vedú abstraktné diskusie o údajoch a štatistike, niekedy musím účastníkov požiadať, aby na chvíľu zastali. Aby sa vrátili k základom. Aby pamätali na ľudí. Práve preto na našej práci záleží. Či sme praktickí lekári alebo zastávame úrad v oblasti verejného zdravia.

Zdravotné systémy sú sociálne inštitúcie. Musia robiť oveľa viac, ako len privádzať na svet deti a doručovať tabletky, ako pošta doručuje listy. Náležite spravované a financované, dobre fungujúce zdravotníctvo prispieva k sociálnej kohézii a stabilite. V čase, keď početné udalosti vo svete dávajú dôvod na medzinárodné rozhorčenie, sociálna kohézia a stabilita sú všade cenená devíza.

Zdravotné systémy prirodzene musia mať špecialistov a nemocnice. Musia však mať aj lekárov v primárnej starostlivosti, ktorí sa starajú o prevenciu. Musia mať lekárov, ktorí dosť dlho a dobre poznajú svojich pacientov, aby vedeli skutočne riadiť zdravie pacienta komplexne aj s jeho početnými dimenziami vrátane duševných a duchovných potrieb.

Dôstojnosť, ktorú každá ľudská bytosť dostala do vienka pri narodení, sa tak ľahko stráca v labyrinte technicky sofistikovanej, špecializovanej a odosobnenej zdravotnej starostlivosti. Možnosť rozprávať sa s lekárom a absolvovať odborné vyšetrenie má pre pacienta nielen terapeutickú, ale aj spoločenskú hodnotu ako určitý obrad.

Technika a počítače nikdy nedokážu nahradiť ľudskú stránku vzťahu doktor – pacient. Dlhodobý vzťah, v ktorom sa vytvorí dôvera, buduje motiváciu. Prijatie osobnej zodpovednosti za zachovanie dobrého zdravotného stavu sa dá najskôr očakávať u motivovaných ľudí.

Primárna starostlivosť je naša veľká nádej do budúcnosti. Všeobecní praktici sú naše vychádzajúce hviezdy budúcnosti. Z popola, ktorý sa nahromadil z úzko špecializovanej, dehumanizovanej a skomercializovanej zdravotnej starostlivosti, všeobecná praktická medicína vstáva ako fénix, začína svoj let a rozprestiera svoje komplexné svetelné spektrum s príslubom dúhy. Toto je dávna historická zmluva medzi lekárom a pacientom a sem sa musí vrátiť zdravotnícka a lekárska profesia. Povzbudzujem Vás všetkých, aby ste aj naďalej pestovali ľudskú stránku medicíny.

Ďakujem.

Margaret Chan, generálna riaditeľka WHO

Umenie nič nerobiť

Článok **Iona Caroline Heath** (všeobecná praktická lekárka, 2009 – 2012 prezident Royal College of General Practitioners, UK), článok vyšiel v *European Journal of General Practice*, 2012; 18: 242-245 ako zhrnutie jej prednášky na konferencii Wonca Europe 2012 vo Viedni.

MÚDROSTĽ INÝCH

Sociológ Zygmunt Bauman vo svojej knihe Alone again: Ethics after uncertainty (Opäť sám: etika po neistote) z r. 1994 cituje nemeckého psychiatra a filozofa Karla Jaspersa:

Naša doba rozmyšľa v intenciách „vedieť, ako to urobiť“ aj vtedy, keď sa nedá urobiť nič (1).

Britská filozofka Mary Midgley sa v knihe *Science and poetry* (Veda a poézia) z r. 2001 venovala tejto otázke: Z tejto fascinácie novou silou vyvstáva naša súčasná obrovská expanzia techniky, ktorej veľká časť je užitočná, ale aj nie, pričom jej samotný rozmer predstavuje nebezpečné mrhanie zdrojmi. Pre nás je ťažké prelomiť tento kruh rastúcej potreby, keďže naša doba je pozoruhodne zaťažená víziou neustáleho zlepšovania prostriedkov, namiesto toho, aby sme si ušetrili ťažkosti a zamýšľali sa nad cieľom (2).

Naša doba sa stala dobou konania bez rozmyšľania – robme, robme, nezastavme sa, aby sme porozmýšľali – na to nie je čas! Na to nie je čas, lebo sme príliš zaneprázdnení konaním.

Americký básnik William Carlos Williams bol aj praktickým lekárom a veľmi dobre chápal, ako ľahko lekár podľahne tomuto konkrétnemu začarovanému kruhu. V poviedke 'Old Doc Rivers' (Starý doktor Rivers) z roku 1932 píše:

Pri tomto tlaku na nás, v podstate robíme to, čo všetky stádovité tvory; začneme sa ponáhľať, aby sme unikli, potom prejdeme do poklusu, nakoniec bežíme ako blázni (s hodinkami v rukách), pritom nemáme potuchy, kam sa ženie a nemáme čas si to zistiť (3). Myslím, že každý, kto pracoval ako všeobecný praktik, spoznáva tento jav. Naháňame sa celý deň – nemáme čas zastaviť sa, pozorne počúvať, všímať si – a dokonca – ani ísť na záchod!

Rakúsky nositeľ Nobelovej ceny, fyzik Erwin Schrödinger, ktorý sa najviac preslávil svojou mačkou, podľa všetkého pochopil význam umenia nič nerobiť: V úprimnom úsilí získať poznatky, musí človek dosť často na neurčitý čas strpieť neznalosť... Neochvejnosť, s akou sa človek stavia [tejto požiadavke], sa stáva podnetom a výzvou na ďalšie úsilie a je neodmysliteľnou výbavou myslenia vedca (4).

Mám dojem, že popisuje, aké je dôležité urobiť si prestávku na zamyslenie – najmä v podmienkach neznalosti a neistoty, s ktorou sa tak často stretávame v praxi všeobecného praktika. Keď vezmem všetku túto múdrosť do úvahy, môj záver bude – možno proti intuícii – že v medicíne je umenie nič nerobiť aktívne, uvážené a zámerné. Je protielikom proti tlaku KONAŤ a môže existovať v mnohých podobách. Tu je niekoľko z nich (B. 1):

B. 1 V medicíne je umenie nič nerobiť aktívne, uvážené a zámerné. Je protielikom proti tlaku KONAŤ a môže existovať v mnohých podobách:

- Pozorne počúvať, všímať si
- Premýšľať
- Čakať
- Byť prítomný
- Predchádzať ublíženiu

Každá forma sama osebe je umenie – vyžaduje si úsudok, múdrosť a dokonca zmysel pre krásu.

POZORNE POČÚVAŤ A VŠÍMAŤ SI

Nič nerobiť, ale namiesto toho pozorne počúvať a všímať si. Nie je možné niečo robiť a zároveň pozorne a presne počúvať. Každý, kto sa pokúsil počúvať svoje deti a pritom variť večeru, vie, že je to pravda. Wiliam Carlos Williams popisuje intenzitu pozorného počúvania v ambulancii všeobecného praktika: Je vlastne tam, v živote pred nami, každú minútu, keď počúvame, ten najzriedkavejší prvok – nie v našej fantázii, ale tam, naozaj tam. Je to tá podstata, esencia, ukrytá práve v tých slovách, ktoré dostávame do uší a z ktorých musíme vyťažiť význam, tak realisticky, ako ťažíme kov z rudy (5).

Popisuje túto esenciu ako chvíľu, keď sa väčšina pacientov najviac priblíži k poézii svojho života, keď bojujú s problémom, ako vyjadriť najhlbšie pocity a obavy v tichom súkromní ambulancie lekára.

Škótska poetka Kathleen Jamie si myslí, že nevyhnutné zaujatie a koncentrácia, ktorú potrebujeme, keď niekoho počúvame a venujeme mu pozornosť, je takmer ako modlitba.

Nie je to určitý druh modlitby? Starostlivé a pozorné udržiavanie pozornosti, porozumenie (6).

Keď popisuje svoje skúsenosti pri pozorovaní vtákov – je to také podobné vnímavosti, akú potrebujem v praxi všeobecného praktika:

Toto sa chcem naučiť: všímať si, ale nie analyzovať. Utíšiť tú časť mozgu, ktorá horekuje „Môj ty Bože, a toto je čo? Bocian, žeriav, plameniak? – neblázni, veď je to len divná volavka.“ Niekedy musíme zahriaknuť vnútorný nástojčivý hlas, ktorý hovorí „Nebud' hlúpa,“ a naučiť sa opäť pozeráť a počúvať. Organizovať a prepracovať, diagnostikovať a identifikovať môžeš neskôr, ale v tejto chvíli sa otvor, pozri, ako sa ohýba a nervózne nakláňa v smere vetra, snaž sa vidieť farbu, nešťastnú figúru – vlož si ju do hlavy a prines nedotknutú domov. V tejto chvíli nerob nič – len buď otvorená voči pacientovi – venuj mu pozornosť a drž ho vo svojej hlave. Nezačni analyzovať – stanovovať diagnózu – je ešte príliš skoro.

Zbigniew Herbert, veľký poľský básnik, nám pripomína zodpovednosť za tých, ktorým venovať pozornosť – počúvať a všímať si ich – je pre nás najťažšia úloha. Jedinou jeho zbraňou bolo hromženie, rebélia bezmocných – bez nádeje, ale práve preto si zasluhovali obdiv a úctu. (7)

PREMÝŠLAŤ

Nič nerob, zastav sa a premýšľaj. Potrebuje tento pacient nálepku s diagnózou – skutočne mu to pomôže?

Aká starostlivosť by bola pre neho tá správna – tu a teraz? Nemecký filozof Hans Georg Gadamer nám pripomína, aká vážna úloha je premýšľanie:

Premýšľanie je dialóg duše samej so sebou. Tak Platón popísal premýšľanie, a to zároveň znamená, že premýšľanie je počúvanie odpovedí, ktoré dávame sami sebe a ktoré dostávame, keď otvoríme otázku niečoho nepochopiteľného (8).

Dedičstvom dobre mysleného dôrazu na medicínu založenú na dôkazoch je šírenie smerníc, ktoré boli vypracované na to, aby usmerňovali. Ale tieto smernice, podnecované nespočetnými jemnými tlakmi a nerozlišujúcimi, zjavne hrubými stimulmi platieb založených na výkonoch, sa postupne menili na

tabule s vyrytými zákonmi, ktoré skutočne veľmi uľahčujú KONANIE bez toho, aby sme sa zastavili a popremýšľali.

ČAKAŤ

Nerobiť nič a mať odvahu občas počkať – využiť čas ako diagnostický aj terapeutický prostriedok – počkať a sledovať, čo urobí príroda. To sú základné zručnosti umenia nič nerobiť, ktoré sú mimoriadne dôležité, ak nemáme spadnúť do lákavej pasce nadmerného diagnostikovania a nadmernej liečby.

Aké dôležité je vedieť počkať, vyjadruje vo svojej básni Glenn Colquhoun, lekár a básnik z Nového Zélandu:....

Stále väčšmi sofistikované metódy veštenia

sa používajú v praktickej medicíne:

Podľa toho, ako kohút zobe zrno.

Podľa toho, ako sa správajú vtáky.

Balansujeme kameňom na ostrí sekery.

Skúmame tvar roztopeného vosku nakvapkaného do vody.

Podľa toho, ako lúče dopadli na fóliu z plastu.

Podľa farby papierika ponoreného do moču.

Podľa rastu plesne na laboratórnom sklíčku.

Pozeráme cez mikroskop na krv.

Podľa obrazcov elektrických siločiar okolo srdcového svalu.

Podľa stúpajúceho ortuťového stĺpca.

Meraním doby zrážanlivosti.

Skúmaním exkrementov.

Pichaním ostrých ihlíc pod kožu.

Poklepaním kladivkom po kolene.

Namierením ultrazvuku na plný mechúr.

Analyzovaním hnisu.

Podľa toho, ako silné magnety priťahujú telo.

Skúmaním vlastností potu.

Pozorným počúvaním prúdenia krvi.

Tým, že čakáme, čo sa ďalej stane (9). Čakať, čo sa stane, je skutočne najsofistikovanejšia diagnostická metóda a bolo by dobre, keby sme si to zapamätali najmä vo svetle stále dostupnejších drahých a ohromujúcich technológií.

BYŤ PRÍTOMNÝ

Nič nerobiť, len tam byť – byť pri pacientovi – a byť svedkom, aby sa starý refrén otočil a zmenil na: „Len nerobte niečo za každú cenu, radšej postojte.“

John Berger v knihe *A Fortunate Man* (Šťastlivec), ktorú pokladám za najlepšie dielo o praxi všeobecného praktika, píše: On ich nielen lieči, keď sú chorí, robí oveľa viac; je objektívnym svedkom ich života (10).

John a Bogdana Carpenterovci, ktorí preložili množstvo básní Zbigniewa Herberta, píšú:

Naša sloboda a samotná naša realita závisí od presnosti, s akou dokážeme vnímať utrpenie vôkol seba, byť jeho svedkami a postaviť sa mu (11). Nič nerobiť, a pritom byť svedkom utrpenia predchádza vzopreniu sa proti nemu a v praxi všeobecného praktika je našou úlohou zastať sa (človeka). Je našou povinnosťou hovoriť za tých, čo nemajú hlas, a popísať politikom, ľuďom, ktorí prijímajú rozhodnutia – a robiť to, čo najčastejšie – aký vplyv má ich politika na každodenný život tých, ktorí sa potýkajú s relatívnou depriváciou v nerovnej spoločnosti. Neadekvátne bývanie, bezdomovectvo a chudobné rodiny sú štrukturálne záležitosti, ale to neznamená, že je menšia šanca ich zmeniť intervenciou ako (zmeniť) zdravotné podmienky, ktoré plodia. Čo ich odlišuje, je typ potrebnej intervencie. Advokácia je štrukturálna terapia (12).

V júni (2012) som mala česť a šťastie zúčastniť sa seminára v nórskom Rosendale s názvom: *Povaha človeka a ciele medicíny*. Na seminári som sa stretla s mladou lekárkou, ktorá pracuje v intervenčnej kardiológii a s ktorou som sa po prvý raz zoznámila na podobnom seminári pred 8 rokmi, keď bola študentkou medicíny. Je aj vynikajúcou hudobníčkou a pre tento seminár skomponovala elektronickú skladbu, ktorú nám aj zahrala. Skladba mala opakujúci sa motív, ktorý v elektronickom vyjadrení hovoril:

„Viem, že ťa môžem sprevádzať a pomáhať ti až do konca“ (13).

Ako sa táto hudobná fráza pomaly opakovala, začala som si postupne uvedomovať, ako veľmi sa tento výrok líši od bežnejšieho „Viem, že vám s tým môžem pomôcť“. Rozdiel spočíva v tom, že som svedkom a som tam vtedy, keď už nie sú veľké možnosti pomôcť. Ponúkam, že budem spoločníkom, ponúkam solidaritu a prisľub, že neutečiem preč. To je súčasťou umenia nič nerobiť.

Americký antropológ a psychiater Arthur Kleinman vyjadril niečo podobné: ... byť empatickým svedkom ... je existenčný záväzok zotrvať pri chorom a uľahčiť mu vybudovať si príbeh svojej choroby, ktorý prežitej skúsenosti dá zmysel a hodnotu. ... To považujem za etické jadro lekárstva a skúsenosti s chorobou. (14)

Charles Rosenberg, profesor histórie medicíny na Harvarde, sa pýta: Ako zvládnuť smrť – ktorá nie je presne chorobou – keď požiadavky na technickú vynaliezavosť a aktivitu sú takmer synonymom toho, čo verejnosť očakáva od vedeckej medicíny? (15)

Poukázal na to, že v modernej lekárskej starostlivosti sa príliš veľa robí, ale zároveň je nedostatok prítomných svedkov.

Samuel Beckett lepšie ako iní chápal bezpredmetné konanie. Literárny kritik Christopher Ricks ho popisuje takto: Veľký spisovateľ doby, ktorá vytvorila nové možnosti a nemožnosti dokonca aj v otázke smrti. Doby, ktorá predĺžila dlhovekosť tak, že sa stáva požehnaním a zároveň nočnou morou (16).

V diele Malone dies (Malone umiera) Beckett píše: A keď už nedokážu prehĺtať, niekto im vrazí trubicu dolu cez krk alebo zdola cez konečník a pumpuje do nich kašičku plnú vitamínov, aby ho nik nemohol obviňovať z vraždy (17).

To bolo napísané pred vyše 60 rokmi a človeka až zamrazí pri pomyslení, o čo viac to platí v dnešnej dobe intervencií. „Viem, že ťa môžem sprevádzať a pomáhať ti až do konca“ je záväzok, ktorý lekári môžu prijať voči umierajúcemu, keď niečo robiť je zbytočné, ba možno až kruté. Byť jednoducho prítomný a byť svedkom nikdy nie je zbytočné.

PREDCHÁDZAŤ UBLÍŽENIU

Nakoniec – nič nerobiť, a tak predchádzať ublíženiu. Význam tohto bol zdôraznený v príspevku publikovanom začiatkom tohto roku v časopise Archives of Internal Medicine, kde autori dospeli k neočakávaným záverom (18). Prieskum celonárodnej reprezentatívnej vzorky ukázal, že vyššia úroveň spokojnosti pacientov nie je spojená s väčšou mierou využívania urgentnej starostlivosti (a tým zabezpečením nižšej mortality), ale naopak, s väčšou mierou využitia bežnej nemocničnej starostlivosti, s vyššími celkovými výdavkami na zdravotnú starostlivosť a preskripciu liekov a tiež s vyššou mortalitou.

V komentári k tomuto výskumnému článku Brenda Sirovich z Institute for Health Policy and Clinical Practice (Inštitút pre zdravotnú politiku a klinickú prax) v Dartmouth poznamenala, že:

Lekári sa v praxi naučili – v rámci systému úhrad, prostredia medicínskej zodpovednosti, hodnotenia a bodovania klinických výkonov –, že za nadbytok budú odmenení a ak riskujú, že neurobia dosť, budú potrestaní (19). Brenda Sirovich uviedla štúdiu, ktorú uskutočnila spolu s kolegami Stevom Woloshinom a Lisou Schwarz, na základe ktorej zistili, že takmer polovica lekárov primárnej

starostlivosti v USA je presvedčených o tom, že ich vlastní pacienti dostávajú príliš veľa lekárskej starostlivosti (20). To určitým spôsobom ilustruje nasledujúci výrok Vladimíra Nabokova:

Nádherne na ľudstve je to, že si človek často nemusí uvedomovať, že robí niečo správne, ale človek si vždy uvedomuje, že robí niečo nesprávne (21).

Nemyslím si, že v Európe sme na tom až tak zle ako v Amerike, ale veľmi za nimi nezaostávame a tiež vieme, že robíme príliš veľa. Brenda Sirovich tiež uvádza príbeh Josepha Epsteina, amerického esejistu, autora poviedok a redaktora. Na šesťdesiate narodeniny sa cítil perfektne a sľúbil manželke, že pôjde na preventívnu prehliadku. Cítil sa perfektne, nemal nadváhu, zdravo sa stravoval, pravidelne cvičil a 20 rokov nefajčil. Išiel teda na vyšetrenia, mal normálne EKG a zobrali mu krv. Celkový cholesterol mal normálny, ale mal nízky HDL. To bol jediný nenormálny nález. V krátkosti povedané, poslali ho na záťažový test, angiogram a aorto-koronárny bypass. Z človeka, ktorý sa predtým cítil úplne perfektne, sa stal človek s obrovskou jazvou, cítil sa traumatizovaný, zraniteľný a slabý a nevedel, či sa mu niekedy podarí opäť získať pocit pohody. Vieme to všetko preto, lebo o tom napísal článok pre New Yorker s názvom Taking the bypass – a healthy man's nightmare (Bypass – nočná mora pre zdravého človeka) (22). Skutočne pozoruhodný je jeho záver: Viem, že z dlhodobého hľadiska sa musím považovať za šťastného človeka. Vyjadruje vďačnosť svojim vynikajúcim doktorom. Ako poukazuje Sirovich, „Spokojnosť so zdanlivo nepriaznivými výsledkami potenciálne nadmernej zdravotnej starostlivosti sa javí ako norma“. Nezabúdajme však, kde sme s týmto začali – vyššia miera spokojnosti pacientov koreluje s vyššou úmrtnosťou. Asi pred 15 rokmi som na výskumnej konferencii počula zdravotnú sestru hovoriť o kvalitatívnej štúdii zameranej na zistenie, ako sa sestry cítili, keď ich požiadali, aby presviedčali rodičov, aby súhlasili s očkovaním dieťaťa. Jej zistenia mali jasný záver – sestry si mysleli, že zločin zo zanedbania, ktorý mohol spôsobiť potenciálnu ujmu nezaočkovanému dieťaťu, bol menej závažný ako zločin privodenia vážnych vedľajších účinkov zaočkovania. Nič nerobiť sa vnímalo ako menej zlé v porovnaní s niečím, čo sa nemusí vydať. Aktívna ujma je viac ako pasívna ujma. Príbeh Josepha Epsteina ukazuje, že sa to úplne obrátilo naruby – zdá sa, že my, lekári, sme sami seba presvedčili, že niečo urobiť je teraz oveľa menšie zlo ako to neurobiť, vynechať. Zdá sa, že sme v pasci nekontrolovanej slučky pozitívnej spätnej väzby medzi doktormi, ktorí sú presvedčení, že robia to najlepšie pre svojich pacientov, a spokojnými pacientmi, ktorí majú pocit, že im nejakým spôsobom doktori zachránili život.

Určite nastal čas zastaviť sa a prehodnotiť pozitíva nič nerobení skôr, ako sa ublíženie bude znásobovať a náklady na zdravotnú starostlivosť budú exponenciálne ešte vyššie, ako sú už teraz.

ZÁVER

Nerobiť nič je vhodnejšie ako robiť chvatné závery; aplikovať nevhodné alebo predčasné nálepky; medicinalizovať obyčajnú ľudskú úzkosť a nabádať k zbytočnej alebo neúčinnnej liečbe. Ale pamätajme, že zatiaľ čo máme ambície využiť nespochybniteľný prínos umenia nič nerobiť, musíme sa mať na pozore a brať vážne varovanie od Aimé Césaire, veľkého frankofónneho básnika z Martiniku: „Pozor, telo moje a duša moja, vyvaruj sa nečinnosti, pózy so založenými rukami a sterilnému postojú diváka, pretože život nie je divadlo, pretože more bolesti nie je rekvizita, pretože človek, ktorý kričí, nie je tancujúci medveď“ (23).

Pestujme teda umenie nič nerobiť, ale nikdy nedopustíme, aby sme sa uchýlili k sterilnému postojú diváka.

ODKAZY

1. Bauman Z. *Alone again: Ethics after uncertainty*. London: Demos; 1994
2. Midgley M. *Science and poetry*. London: Routledge; 2001.
3. Williams W C. *Old Doc Rivers, 1932*. In: Williams WC. *The doctor stories*. New York: New Directions Books; 1984.
4. Schrödinger E. *Nature and the Greeks*. Cambridge: Cambridge University Press; 1954.
5. Williams WC. *The practice*. In: Williams WC. *The doctor stories*. New York: New Directions Books; 1984.
6. Jamie K. *Findings*. London: Sort of Books; 2005.
7. Herbert Z. *King of the ants: Mythological essays*. New York: WW Norton & Co.; 1999.
8. Gadamer H-G. *The enigma of health. The art of healing in a scientific age*. Stanford: Stanford University Press; 1996.
9. Colquhoun G. *Playing God: Poems about medicine*. London: Hammersmith Press Limited; 2007.
10. Berger J, Mohr J. *A fortunate man*. Harmondsworth: Allen Lane The Penguin Press; 1967.

11. Carpenter J, Carpenter B. Introduction to Herbert Z. Report from the besieged city and other poems. Oxford: Oxford University Press; 1987.
12. Roberts I. Deaths of children in house fires. *Br Med J*. 1995; 311: 1381 – 2.
13. Aase Schaufel M. Sick sinus. On CD Appearing, Ischaemia Records; 2009.
14. Kleinman A. The illness narratives: Suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
15. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly* 2002; 80: 237–260.
16. Ricks C. Beckett's dying words. *The Clarendon Lectures* 1990. Oxford: Oxford University Press; 1995.
17. Beckett S. Malone dies. 1951. London: Penguin Books; 1962.
18. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012; 172: 405 – 11.
19. Sirovich B. E. How to feed and grow your health care system. *Arch Int Med*. 2012; 172: 411 – 3.
20. Sirovich B. E., Woloshin S., Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: A brief report. *Arch Intern Med* . 2011; 171: 1582 – 5.
21. Nabokov V. The assistant producer (1943). In: Nabokov V. Nabokov's dozen. London: Penguin Books; 1990.
22. Epstein J. Taking the bypass – a healthy man's nightmare. *New Yorker*, 12 April 1999.
23. Césaire A. Return to my native land, (1939, 1956) . Harmondsworth: Allen Lane The Penguin Press; 1969.

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

(Článok Amandy Howe nastupujúcej prezidentky WONCA World na roky 2016 – 2019, ktorý vyšiel online – WONCA News, September 2014.)

Kúsok politiky od Amandy Howe

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

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

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

Navrhované modely integrovanej starostlivosti by mali:

- (1) zabezpečovať na komunite založené služby, ktoré sú realizované klinikom, ktorý v danej komunite pôsobí, z pohľadu orientácie na osobu (pacienta) t. j. všeobecným praktikom;
- (2) podporovať bezpečnosť pacienta tým, že bude zabezpečené, aby všeobecní praktickí/rodinní lekári mohli ďalej konať ako samostatní obhajcovia svojich pacientov – s dôrazom na osobu (pacienta), a nie na inštitúciu;
- (3) Vyvarovať sa prílišnej medikalizácii a pretrvávaniu takej klinickej liečby, ktorá je príliš závislá od pohľadu špecialistov.

Navrhované modely integrovanej starostlivosti nesmú:

- (4) viesť k podstatným štrukturálnym reorganizáciám zhora nadol, ktoré by viedli k vytvoreniu nových byrokratických štruktúr a presmerovali milióny libier preč zo starostlivosti o pacientov;
- (5) viesť k presmerovaniu fondov NHS na zaplätanie diery v sociálnej starostlivosti. (Toto je o spôsoboch riešenia nedostatkov v starostlivosti o odkázaných seniorov na úkor zdravotnej starostlivosti – obavy, že financie určené na zdravotnú starostlivosť sa „stratia“).

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

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

Amanda Howe

WONCA World President-elect (prezidentka WONCA zvolená na obdobie 2016 – 2019)

ODKAZY

I. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centredcare/en/>

II. <http://www.kingsfund.org.uk/topics/integrated-care>

III. [http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integratedcare?
gclid=CIXEoemMgcECFRMatAodTC0AtQ](http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/what-integratedcare?gclid=CIXEoemMgcECFRMatAodTC0AtQ)

IV. [http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/
A-Z-policy/General_Practice_andthe_
Integration_of_Care%20_An_RCGP_Report.ashx](http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/General_Practice_andthe_Integration_of_Care%20_An_RCGP_Report.ashx)

V. [http://www.rcgp.org.uk/policy/~media/Files/Policy/RCGP-Electionmanifesto-
2015-web.ashx](http://www.rcgp.org.uk/policy/~media/Files/Policy/RCGP-Electionmanifesto-2015-web.ashx)

(všetky stiahnuté 27. 9. 2014).

Štvrťstoročie EQuIP (1991 – 2016)

European Society for Quality and Patient Safety in General Practice/Family Medicine

(Článok Ulrika Bak Kirka – koordinátor EQuIP, univerzita Kodaň, Dánske kráľovstvo, vyšlo vo Všeobecnom praktikovi 2016; 1: 13 – 15.)

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 zažíva pojem „kvality“ v oblasti starostlivosti o zdravie 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 sa urýchlil pokračujúci proces rozvoja. Budúce vedecké experimenty siete EQuIP smerujú k lepšiemu využitiu nástrojov merania účinnosti a faktorov účinnosti. Z tohto dôvodu musia byť prvotné odporúčania pre zdravotnú starostlivosť 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.

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 na zlepšovanie kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve v spolupráci s poprednými európskymi lekáorskými výskumnými inštitúciami.

B. 2 Budúcnosť zlepšovania kvality a úloha EQuiP

„Zlepšovanie kvality je v súčasnosti charakterizované súperením bezpečnosti. 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 so skutočnou kvalitou a bezpečnosťou.“

(Reinhold Glehr, Rakúsko)

Teraz keď oslavujeme veľkolepý míľnik, 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 výskumnou a vývojovou funkciou.

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

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

Cesta EQuIP bola spoločná s organizáciou **EUROPEP** (Európski pacienti hodnotia starostlivosť o pacientov – **EURO**pean **P**atients **E**valuates **P**atient 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 pacientove 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 aby 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. 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 porovnávanie 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 jednotlivo 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 štruktúralno-procesný výsledok modelu kvality starostlivosti, ktorý zahŕ-

ňa efektívnosť, vedenie a organizačné zmeny (Berwick et al., 1992). Výskumom zúčastnených lekárskejších praxí sa zistilo, že oni samotné sú súčasťou širších sietí, ktoré boli spojené s poisťovňami a inými lekármi (na miestnej aj medzinárodnej úrovni) a s miestnymi jednotkami riadenia, ktoré podporili potrebu spoločných noriem kvality hodnotiacich rámcov, aby sa uľahčilo porovnávanie v Európe (Rhydderch et al., 2004).

Európske hodnotenie praxe (**EPA – EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT**), čo je nástroj na posudzovanie praxe v rámcoch primárnej starostlivosti, ktorý bol vyvinutý v nasledujúcich rokoch, ponúklo systém akreditácií pomocou ukazovateľov kvality, na 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 kvality 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.

2. Reflexná/Zrkadlová fáza (2006 – 2011)

Počas tohto obdobia sa národní delegáti EQuIP 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 – od 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 sa na rozvoj kvality prešiel z jednotlivých nástrojov a individualistického prístupu k rozhodovaniu o systémoch zdravotnej starostlivosti a metódach pre plánovanie a vykonávanie zmien, ako sú **Lean Manufacturing** a **Six Sigma**. Objavilo sa vedecké zlepšenie (de Koning et al., 2006).

Nový trend „zlepšovania kvality“ vyžadoval disciplinovaný prístup a sadu nástrojov na 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 pomocou informačných technológií zhromaždené dáta, čo viedlo k ďalšiemu rozvoju IT a rozvoj IT sa stával stále dôležitejšou hnacou silou. Avšak vytvorila sa naozaj tenká hranica medzi vľúdnu praxou všeobecného praktického lekárstva a udržateľnosťou takto manažovaného systému. Pacienti sa podrobovali cieľom starostlivosti, ktoré boli v „databázach“ vopred nastavené a politicky motivované a tiež požiadavky na transparentnosť – aj za cenu straty anonymity údajov o pacientovi viedli 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 z toho obdobia priťahli pozornosť. Mnohí „doktori pocitovali, 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 sebaa-

nalýzou. Produktívne a konštruktívne pracovné prostredie založené na vzájomnej dôvere bolo obnovené a vízia budúcnosti kvality a bezpečnosti bola sformulovaná. Druhá fáza sa 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**“. Jej súčasťou boli zásadné prezentácie, deväť workshopov a dvadsaťtri verbálnych prezentácií. 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 stránke EQuiP a na YouTube kanáli EQuiPu (**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 EQuiPu v druhej fáze. Od decembra roku 2010 do novembra 2012 bol EQuiP partnerom **inGP in QI** 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.

3. 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 boli národné univerzity, profesionálne združenia a odborné spoločnosti nabádané k menovaniu dvoch delegátov, čo je dôvodom, prečo EQuiP zostal uzavretým a sebestačným klubom. V máji 2016 mal EQuiP 89 aktívnych členov z 25 európskych krajín. Počas tohto obdobia sa ústredný bod presúva stále viac k spolupráci a aktivitám členov. V porovnaní s predchádzajúcimi fázami dnes existuje omno-

ho dynamickejšia skupina, previazaná zdola hore spoločným dialógom o spoločných projektoch.

Nedávnym príkladom je Výročný projekt Fondu pre výskum WONCA Europe, ktorý v súťaži získal **EQuIP projekt – „Posilnenie postavenia úlohy pacienta“**. Deviateho septembra 2011 došlo k revízii WONCA Europe definície lekárskej praxe. Ako dvanásť a najnovšia charakteristika bola uvedená „**Propagácia posilnenia postavenia pacientov a samostarostlivosť**“ (Mola, 2013). Projekt bol vyvíjaný v období od r. 2012 do r. 2015 a oficiálne bol 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 zvonku aj zvnútra oboch sietí. Strategickí a skúsení užívatelia sociálnych sietí zdieľali svoje príbehy – príbehy, ktoré boli určené na to, 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 (Eur J Gen Practi Dodatok 1, 2015). **Zdravotníctvo je odvetvie, kde bezpečnosť je zásadná** (IoM, 1999). Dôležité aspekty bezpečnosti lekárskej praxe zahŕňajú kvalitu diagnostického procesu, pomýlenie si pacientov, lekárske chyby, vakcinačné pochybenia a zlyhanie systémov (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

B. 3 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)

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, keďže tejto oblasti v súčasnosti chýba adekvátne pozornosť a vhodné stratégie, ktoré by minimalizovali riziko a ohrozenie bezpečnosti pacienta v dôsledku prepracovanosti a únavy všeobecných praktických lekárov a personálu (RCGP, 2015).

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 na 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. Dnes je najdôležitejšie 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 vytvoril EQuIP 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 na 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 diskusií 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 MatrixTM. *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%20%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.uk/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, Dautzneberg 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.
- WWWPQS: 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>

Životopis prezidenta Wonca World (2013 – 2016) Michaela Kidda^{1, 2}

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 praktikov (Royal Australian College of General Practitioners). V roku 2013 bol zvolený za prezidenta Wonca World.

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 hendikepovaných a výskumné centrá a terénne výukové zariadenia v Južnej Austrálii, Severnom Území a Západnej Victórii. Neustále rozširuje pôsobnosť svojej fakulty. Pod Flinders University zriadil 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

V roku 1983 Michael absolvoval s vyznamenaním University of Melbourne. Po stáži v kráľovskej nemocnici v Melbourne sa zapísal do postgraduálneho vzdelávacieho programu Rodinné lekárstvo Kráľovskej austrálskej spoločnosti všeobecných praktikov. Jeho postgraduálne vzdelávanie zahŕňalo skúsenosti s bežnou praxou a so špeciálnymi zručnosťami potrebnými na vidieku a v mestách v pôrodníctve, detskom zdraví a duševnom zdraví. Bol prijatý do Kráľovskej spoločnosti austrálskych všeobecných praktikov 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 počítačov mu bol v roku 1995 udelený doktorát z medicíny a medicínskeho vzdelávania na Monash University, Melbourne. V r. 1995 – 2009 pôsobil ako profesor všeobecnej praxe na Univerzite v Sydney na Ústave všeobecného praktického lekárstva, kde bol po troch rokoch poverený jeho vedením a viedol ho až do roku 2009. Je patrónom Študentskej siete austrálskeho všeobecného praktického lekárstva – Students Network, vnútroštátnej organizácie, ktorá podporuje študentov medicíny so záujmom o prácu v oblasti všestrannej praxe.

Prax všeobecného praktika, dobrovoľnícke a vzdelávacie aktivity pre verejnosť

Pôsobil 28 rokov ako všeobecný praktik v rôznych mestských a vidieckych praxiach v provincii Victoria, NSW, SA a NT s osobitným záujmom o starostlivosť o ľudí s HIV a o zdravie domorodcov. Od začiatku r. 1990 začal Michael pracovať ako všeobecný praktik 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 praktik so zvláštnym záujmom o poskytovanie primárnej starostlivosti o pacientov postihnutých HIV/AIDS.

Michael bol zapojený do mnohých dobrovoľníckych aktivít, vrátane toho, 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“.

Cesta vo Wonca

Michaelova cesta vo WONCA sa začala v roku 1989, keď 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), ktorým je od r. 2013 a bude až do novembra 2016.

Ako WONCA prezident je Michael 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, pričom sa usiluje 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. Vedie rozsiahly výskum a vzdelávacie aktivity, venuje sa rôznym témam vrátane globálneho zdravia, primárnej zdravotnej starostlivosti a všeobecnej praxi, medicínskej informatiky, zdravotnej politiky, doškoľovaniu 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, celosvetovo prvého medzinárodného lekárskeho časopisu venovaného kazuistikám zo všetkých lekárskeho odborov. Je spolueditorom učebnice „Prehľad zdravotníckej informatiky“, ktorý bol uverejnený v angličtine, španielčine a portugalčine a napísal kapitoly „HIV/AIDS“ a „Počítače v rámci konzultácií“, ktoré vyšli v Oxfordskej učebnici primárnej starostlivosti. Jeho knihy o podpore zdravia s názvami „Ako zachrániť svoj život a životy tých, ktorých máte radi“ a „Šesť podrobných návodov na dobré zdravie od vášho všeobecného praktika“ vydalo nakladateľstvo Allen a Unwin v roku 2007, druhé vydanie vyšlo v roku 2011. Známe sú 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.

Činnosť pre 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 Juhoaustarálskej 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) Sri Lanka, F.S.S.G.P. (Honorary) Slovakia, 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 v Kráľovskej spoločnosti všeobecných praktikov Nového Zélandu, Honkongskej spoločnosti všeobecných praktikov, Akadémii rodinných lekárov Malajzie a Spoločnosti všeobecných praktikov na Srí Lanke, doživotné členstvo v Asociácii praktických lekárov v Nepále a v roku 2016 čestné členstvo v Slovenskej spoločnosti

všeobecného praktického lekárstva. 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 medzinárodné skúsenosti ako zdravotnícky pedagóg, pracuje v mnohých krajinách, zahŕňajúc 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 r. 2006 do r. 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, riešiaceho 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 dôs-

tojníka medzi WONCA a WHO. Teraz prichádza na Slovensko ako prezident WONCA World a súčasný hlavný arbiter primárnej starostlivosti vo svete na-XXXVII. Výročnú konferenciu SSVPL do Vysokých Tatier. V slovenčine práve vychádza jeho kniha „Prínos všeobecného praktického lekárstva k zlepšovaniu zdravotných systémov“. Pri tejto príležitosti SSVPL udelila Michaelovi, za mimoriadne zásluhy v oblasti rozvoja primárnej zdravotnej starostlivosti a lekárskeho vzdelávania, čestné členstvo v SSVPL a SLS mu udelila „Medailu založenia Spoločnosti lekárskeho slowanskej v Pešti (1833)“.

ODKAZY

1. <http://www.flinders.edu.au/people/michael.kidd>
2. <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/ExecutiveCommittee/President.aspx>

Prínos všeobecného praktického lekárstva pre zlepšovanie zdravotných systémov

Sprievodca zo Svetovej organizácie
všeobecných praktických lekárov
(WONCA)

Vydala Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva
vo Vydavateľstve Univerzity Komenského v Bratislave 2016
ako svoju 1. publikáciu

Tlač: Spoločnosť Typografiaplus, s.r.o.
Náklad 2000 výtlačkov

ISBN 978-80-223-4178-3