

Čeští, slovenští a polští praktičtí lékaři za posílení kompetencí

V rámci 18. kongresu primární péče 2024, který se konal koncem března v Praze, uspořádalo Sdružení praktických lékařů ČR ve spolupráci se zástupci Slovenské společnosti všeobecného praktického lékařství a Polské asociace primární péče mezinárodní fórum: Role primární péče v léčbě kardio-renálně-metabolického pacienta. Na základě diskuse pak vydali společné memorandum, na něž reagovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Hlavním účastníkem, moderátorem a prvním prezentujícím nebyl zástupce praktických lékařů, ale profesor MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., (III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha). Na datech Ústavu zdravotnických informací a statistiky a České kardiologické společnosti (2019) poukázal na neuspokojivý zdravotní stav obyvatel České republiky, který se však nevyvíjí z rámce zmíněných středoevropských zemí.

Zdravotní stav Středoevropanů

Podíl lidí s nadváhou a obezitou v České republice je v porovnání se zeměmi Evropské unie (EU) jedním z nejvyšších. Tato problematika má negativní dopad na řadu dalších ukazatelů zdraví a v neposlední řadě i na náklady českého zdravotnictví. Podíl osob sportujících minimálně 150 minut týdně je v ČR podprůměrný, a to jak u mužů, tak u žen. Česká populace v mezinárodním srovnání „vyniká“ počtem osob s vysokým krevním tlakem a vykazuje nadprůměrný podíl denních kuřáků, vyšší je u slovenských mužů. Diabetiků bylo v ČR podle

diabetologického registru v roce 2022 téměř 1 100 000, z nichž bylo téměř 833 400 léčeno antidiabetiky.

Prevalence chronického onemocnění ledvin je celosvětově vysoká: týká se zhruba 850 milionů lidí, tj. postihuje 1 z 10 osob. Prevalence se stále zvyšuje, což je dáno stárnutím populace, rostoucím výskytem diabetu a hypertenze.

Preventivní prohlídku u praktického lékaře v letech 2021/2022 absolvovalo 57,8 % populace ČR.

Důsledky diabetu 2. typu

Systémové účinky diabetu 2. typu přispívají k progresi kardiovaskulárního a renálního onemocnění. Hlavními patofyziologickými faktory diabetu 2. typu jsou dlouhodobá inzulinorezistence a selhání beta buněk pankreatu, což vede k hyperglykemii. Ta přispívá k zánětu a oxidačnímu stresu, které patří k patofyziologickým účinkům poškození ledvin a srdce, což vede ke zvýšené neurohormonální aktivitě včetně renin-angiotenzin-aldosteronového systému. V ledvinách působí zvýšený glomerulární tlak a nadměrné zadržování sodíku a vody. V oběhové

soustavě dochází k nadměrnému zadržování tekutin a ke zvýšenému krevnímu tlaku.

Ekonomické hledisko kardio-renálně-metabolických onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) dlouhodobě zatěžují veřejné finance. Celkové náklady na KVO dosahují ročně v EU 282 miliard EUR, což představuje 2 % evropského hrubého domácího produktu (HDP) a 11 % nákladů na zdravotní a sociální péči. Celkové náklady jsou generovány celkovými náklady na primární péči (55 %), náklady na neformální péči (28 %) a ztrátou produktivity zapříčiněnou hospitalizacemi a nemocností, předčasnými odchody do důchodu a předčasnými úmrtími.

V ČR dosahují roční náklady spojené s KVO 5,228 miliardy EUR (125,5 miliardy Kč). Celkový počet léčených pacientů s nemocí oběhové soustavy vzrostl za uplynulou dekádu téměř o 12 % na 2 895 605 v roce 2022. To ovlivnilo trh práce v podobě ekonomické ztráty produktivity práce.

Aktuální naděje dožití (střední délka života) je v ČR u mužů 75,3 roku, u žen pak 81,4 roku. Délka života ve zdraví je však podstatně kratší: zdraví Čechy totiž opouští už ve věku 61,6 roku. Oproti zemím EU s nejdelší dobou života ve zdraví ztrácíme aktuálně celou dekádu zdravého života.

Možná řešení problému kardio-renálně-metabolického rizika

Na základě diskutované problematiky vydali praktičtí lékaři Česka, Slovenska a Polska memorandum, v němž navrhuji řešení.

Posílení role primární péče

Mezi nejúčinnější opatření patří posílení role primární péče: investice do prevence, včasný záchyt a koordinovaná péče o pacienta jsou klíčové pro úsporu nákladů systémů zdravotní péče, minimalizaci rizikových faktorů, ale i zefektivnění samotné léčby pacientů. Léčba kardio-renálně-metabolických onemocnění je dnes ale často fragmentovaná, prevence i dispenzarizace nevycházejí z rizikového profilu pacienta, od něhož by se měl odvíjet obsah a frekvence preventivních i dispenzárních prohlídek nebo včasné doporučení do specializované ambulantní či nemocniční péče.

Edukace, informovanost

Edukace a informovanost pacientů v primární péči představují zcela zásadní součásti léčby kardio-renálně-metabolických onemocnění. Praktičtí lékaři mají naprosto klíčovou roli v edukaci pacientů o jejich zdravotním stavu. To zahrnuje vysvětlení podstaty onemocnění, důležitost adherence k léčbě, změn životního stylu (jako je dieta a pohyb) a nutnost pravidelného sledování zdravotního stavu a kontrol. Zvýšená edukace a informovanost pacientů praktickými lékaři vedou prokazatelně k lepším výsledkům léčby těchto onemocnění.

Screening pacientů podle míry rizika

Je nutné aktualizovat obsah preventivních prohlídek a navrhnout postupy prevence zdravotních komplikací



Profesor Michal Vrablík a MUDr. Petr Šonka

Foto: SPL ČR

u rizikových skupin, především ve vypracování nových klinických doporučení zaměřujících se na léčbu rizikových kardio-renálně-metabolických pacientů. V rámci preventivních prohlídek je nutné intenzivně sledovat profil rizikového pacienta, což umožní včasný záchyt onemocnění, zahájení léčby nebo včasné odeslání pacienta ke specialistovi.

Zlepšení dostupnosti péče a koordinace péče

Ústřední roli v managementu léčby a v prevenci kardio-renálně-metabolických onemocnění musí sehrávat praktický lékař jako „case manager“ cesty pacienta systémem. Koexistence této skupiny nemocí zvyšuje riziko komplikací a úmrtnosti, takže koordinovaný přístup k léčbě od raných stadií nemoci je pro pacienta zcela zásadní, a to od screeningu přes stanovení pravidel koordinované péče po monitoring terapie a její účinnosti. Cesta pacienta systémem musí být založena na jasných pravidlech se zohledněním rizikového profilu pacienta.

Posílení pravomocí praktických lékařů a přístup k inovativní léčbě

Praktičtí lékaři by měli ve spolupráci s ambulantními specialisty a dalšími poskytovateli zdravotní péče zajistit pacientům co možná nejkomplexnější zdravotní péči. Aby praktičtí lékaři

mohli plnohodnotně plnit roli manažerů kardio-renálně-metabolických onemocnění, je zapotřebí umožnit přístup pacientů k vybrané inovativní léčbě i v primární péči. Pro úspěšné zavedení koordinované péče musí být provedena revize kompetencí, včetně preskripčních oprávnění.

Praktičtí lékaři apelují na uvolnění potenciálu primární péče, která může zásadním způsobem přispět k řešení morbidit a mortality kardio-renálně-metabolických onemocnění již od časných stadií.

Uvolnění potenciálu primární péče je společným zájmem pacientů, lékařů i veřejných zdravotních rozpočtů.

Poznámka: Ministr Vlastimil Válek přislíbil, že prosadí, aby od druhého pololetí 2024 bylo zrušeno preskripční omezení „L“, což zvýší dostupnost moderní léčby i v rámci primární péče, uvolní kapacity přeplněným ambulantním specialistům a ve svém důsledku sníží včasnou léčbou počátečních stadií kardio-renálně-metabolických onemocnění výdaje ze zdravotního a sociálního rozpočtu. Nejdražší je totiž léčba pozdních stadií, která vyžadují dlouhodobé a opakované hospitalizace pacientů v produktivním věku, snižují praceschopnost a zvyšují výdaje ze sociálního rozpočtu. Návrh již získal pozitivní stanovisko České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a prošel vnitřním připomínkovým řízením.

mš