



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.9/2023 • ročník 22



TÉMA:

Wonca World Sydney 2023

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

INFO SVL

04 EDITORIAL

*MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.*05 CELOŽIVOTNÍ PROFESIONÁLNÍ ROZVOJ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

ODBORNÝ ČLÁNEK

09 MOZEK JAKO CÍLOVÝ ORGÁN HYPERTENZE

doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.

STUDIE

11 JAK PACIENTI S NEVYSVĚTLENÝMI TĚLESNÝMI POTÍŽEMI VNÍMAJÍ
PÉČI SVÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?*Marek Abu Ras, Eliška Císařová, Radim Homolka, MUDr. Martin Seifert*

K ZAMYŠLENÍ

14 OCCAMOVA BŘITVA A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

MUDr. Michal Konštacký, PhD, MBA

RECENZE

15 FUNKČNÍ A PERSISTENTNÍ TĚLESNÉ POTÍŽE:
PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP*MUDr. Vladislav Chvála*

ZŮČASTNILI JSME SE

16 POSTŘEHY Z WONCA WORLD SYDNEY 25. 10.–28. 10. 2023

*doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Pavel Břejník*19 REPORTÁŽ Z 32. ROČNÍKU BLEDSKÉHO KURZU EVROPSKÉ AKADEMIE
UČITELŮ VE VŠEOBECNÉM PRAKTICKÉM LÉKAŘSTVÍ (EURACT)*MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Jáchym Bednář*

Vážení čtenáři a řešitelé testů, toto číslo je více
informativní, znalostní test v tomto čísle není.

Další test očekávejte v č.10.

Správné odpovědi z čísla 8/2023:

1ac, 2a, 3abc, 4a, 5b, 6ab, 7b, 8a, 9abc, 10abc

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: 267 184 064
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:**Šéfredaktor:**

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: MUDr. et MUDr. Jiří Bartoš, MUDr. Ludmila Bezdíčková, MUDr. Pavel Břejník, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Petr Šonka, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Sylva Táborská, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Claudia Ondrušová, MBA, MUDr. David Bergmann, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horký, MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce
800 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 22. 11. 2023 MK
ČR E13477, ISSN 1213–8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprochází jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2023

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

dostává se vám do rukou naše letošní deváté číslo. Svatý Martin již byl a opět letos nepřijel na bílém koni, kdo ví, jakou předpověď nám připraví meteorologové pro Vánoce a která pranostika se vyplní. Výroční konference ve Zlíně úspěšně proběhla a zúčastnilo se jí více jak tisíc lékařů a zdravotníků sester.

Devítka je trochu specifická, informativní, ale zároveň zajímavá. O tom, že máme povinnosti se stále vzdělávat, určitě všichni víme. Množství informací se každoročně zvyšuje. Nakonec předkládání kreditů, které jsme získali v rámci celoživotního vzdělávání, je povinností každého člena České lékařské komory. Velmi zajímavou informací na toto téma přináší úvodní článek o CME (Continuing Medical Education), odráží se zde pohled na danou otázku z legislativy Evropské unie a jejího orgánu EACCME (The European Accreditation Council for Continuing Medical Education). Tuto problematiku nám přibližuje dr. Bednář.

V článku doc. Tomka zaměřeném na problematiku hypertenze a poškození mozku zjistíme, jaké je riziko akutního i chronického poškození mozku při nesprávné či opožděné léčbě hypertenze – vliv na kognitivní funkce a případný přechod hypertonií do demence.

Všichni máme nebo jsme měli mezi svými pacienty takové, kteří nás navštěvují často opakovaně a s nevysvětlitelnými potížemi; pěkné sdělení o této problematice předkládá skupina studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy pod vedením dr. Martina Seiferta. K této problematice byla provedena dotazníková anketa u 6 pacientů a stejného počtu ošetřujících praktických lékařů, o které vás autoři informují. Výsledky z této studie budou jistě i podnětem pro další vzdělávání lékařů a vedly ke vzniku doporučeného postupu, který je součástí tohoto čísla. Komentář k tomuto doporučenému postupu napsal dr. Chvála ze Společnosti psychosomatické medicíny.

O tom, že je nutná i příprava učitelů oboru všeobecného praktického lékařství, se zajímavou formou zmiňuje dr. Bezdíčková a dr. Bednář v reportáži z kurzu EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) pro lékaře-školitele. Byl bych rád, aby se tyto informace staly motivací pro další, především mladé kolegy, aby rozšířili řady pedagogů našeho oboru.

V tomto roce proběhly konference WONCA Europe v Bruselu a nyní i WONCA World v Sydney, zprávu z tohoto celosvětového setkání praktických lékařů přináší doc. Býma a dr. Brejtník.

A konečně, Occamova břitva a praktičtí lékaři je tématem článku dr. Michala Konšťackého.

Co závěrem: budeme velmi rádi otiskovat vaše zkušenosti, kazuistiky z vaší práce a v neposlední řadě rovněž vyjádření k aktivitám, které výbor organizuje.

Celoživotní profesijní rozvoj všeobecného praktického lékaře

Ve všeobecném praktickém lékařství začíná kontinuální vzdělávání dnem splnění atestační zkoušky.

Na základní vzdělávání na univerzitě (BME – **basic medical education**) a specializační vzdělávání (ST – **specialty training**) navazuje celoživotní či kontinuální vzdělávání lékaře (CME – **continuing medical education**).

Žádné základní ani specializační vzdělávání není schopné vybavit budoucího lékaře všemi potřebnými vědomostmi, schopnostmi a dovednostmi k datu promoce či atestace a každý lékař se tak musí vzdělávat celý svůj profesní život, systematicky se udržovat, zlepšovat a upevňovat své umění léčit, a postupně se tak stávat větším profesionálem ve svém oboru. CME je definováno jako jakákoliv aktivita, která slouží k udržování, rozvoji nebo zvyšování znalostí, dovedností a profesionálního výkonu a vztahů, které lékař využívá ve službě pacientům, veřejnosti nebo své profesi. Je to nezbytná součást profesionálního života všech lékařů, protože představa, že univerzita budoucího lékaře vybaví pro celoživotní praxi, není akceptovatelná vzhledem k rychlému a stále rychlejšímu tempu změn v oboru. CME je komplexní proces, který zahrnuje osobnostní profesní vývoj skrze četbu knih a publikací, navštěvování přednášek, kurzů, workshopů, e-lekcí, ale součástí CME může být i vědecká práce v oboru, vyučování studentů, kolegů, publikace odborných článků, aktivní účast na domácích i mezinárodních konferencích, sdílení svých v ordinaci nabytých zkušeností s kolegy z oboru či i z jiných oborů. CME začíná dnem složení atestační zkoušky a celoživotní vzdělávání se všemi jeho aktivitami, poté pokrývá nejdlejší část profesního života praktického lékaře. Společnosti, státu a pacientům CME garantuje poskytování důvěryhodné, kvalitní a bezpečné léčebné a preventivní péče. Existují důkazy o tom, že CME je účinné a má pozitivní dopad na výkon lékaře a výsledky zdraví pacientů.

Síťová organizace WONCA Europe EURACT vydala v roce 2020 dokument nazvaný European Requirements for GP/FM Continuous Medical Education za účelem podpory kolegů, kteří se snaží zlepšit a rozvíjet programy CME pro praktické lékaře/rodinné lékaře. Dokument zformulovat tyto základní principy efektivního celoživotního vzdělávání.

CME by mělo:

- být založeno na výukových potřebách relevantních pro současnou praxi
- používat metody, které podporují aktivní zapojování se do vyučování a podporující reflexi
- zahrnovat perspektivy toho, co pacienti od zdravotní péče chtějí a co potřebují, vyvažovat potřeby a požá-

vatky pacientů

- zajistit, aby lékaři byli povzbuzováni k adekvátní změně dosavadní praxe
- být vyhodnoceno a přizpůsobeno měnícím se potřebám
- být bez konfliktů zájmů
- podporovat sociální kontakt s kolegy prostřednictvím komunit praxe
- uznávat potřebu podpory well-being lékařů

VPL je v praxi denně konfrontován s nejrůznějšími klinickými problémy z celého spektra medicíny a sám si často nejlépe uvědomuje, kde potřebuje doplnit své znalosti a kompetence. Je na každém lékaři, aby si vytvořil či spíše stále znovu vytvářel a aktualizoval svůj individuální výukový plán doplňování znalostí a dovedností odpovídající jeho potřebám a zaměření vlastní praxe.

V specializačním výcviku a kontinuální výuce profesionálů se dnes hovoří o učení, které si sami řídíme a regulujeme (SRL – self regulated learning). Identifikace potřeb spolu s posouzením toho, co se má lékař učit a proč, může vést k určité jasnosti ohledně cílů a umožní vytvoření si individuálního plánu učení. Výukové plány by ideálně měly být jasné, stručné a ideálně měřitelné, což ale v praxi není jednoduché dosáhnout, jelikož jako lékaři čelíme komplexním problémům našich pacientů. Je důležité, aby atestovaní lékaři věděli, kde v záplavě medicínských informací najít relevantní důkazy pro svou činnost, aby uměli kriticky myslet, pracovat s vědeckými daty ze studií a vědecké důkazy klinicky aplikovat. Je důležité, aby se trvale vyvíjeli a zlepšovali své dobré profesionální návyky, nejlépe ve spolupráci v regionálním týmu, protože sociální aspekt hraje ve výuce velkou pozitivní roli (peer review). Možnost pravidelné interakce a vědomí sounáležitosti s kolegy hrají ve vzdělávání důležitou úlohu. Tradiční přednáška (často preferovaná staršími lékaři) a šíření tištěného materiálu jsou nejméně efektivními metodami výuky. Lékaři by se dále měli trvale zlepšovat ve svých komunikačních dovednostech, v moderním vedení záznamů, využívání moderních technologií, v postojích a etickém přístupu k pacientům, uvědomění si zdrojů, ze kterých čerpají, v time managementu a v trvalé péči o sebe (wellbeing a self-care).

Posouzení individuálních potřeb každého jednotlivého lékaře bývá různé. Lékaři obvykle používají sebereflexi a sebeuvědomění k identifikaci svých konkrétních vzdělávacích potřeb. Pokud se to děje dobře, existují některé důkazy, že se jejich praxe vyvíjí a mění. Nejlepšími metodami pro sebehodnocení jsou ty, které podporují záměrnou reflexivní praxi, jako je zaznamenávání si denních situací, kde došlo k pochy-

bení či nejistotě při kontaktu s pacientem, zásadní je pravidelná diskuze s kolegy. Poskytovatelé CME na národní úrovni by měli navíc využívat a doporučovat některá objektivní hodnocení vzdělávacích potřeb, využívat zpětné vazby, vyhodnocovat potřeby svých kolegů skrze dotazníky, naslouchat jim, vhodné je zpětnovazebné hodnocení od kolegů ve skupinách pro kvalitu, konzultace se specialisty mimo obor VPL, začleňování kolegů do Balintovských skupin, kde se malé skupiny zdravotních pracovníků pravidelně setkávají k reflexi a zlepšení praxe. Tato diskuze ve skupině umožňuje důležitou fázi v dospělém učení – a sice reflexi nad relevancí toho, co již bylo naučeno a v praxi používáno, a jak by to mohlo být po sebeuvědomění a změně dále jinak aplikováno v praxi. Bylo prokázáno, že tyto komunity mají vliv na změnu chování, potvrzují sebeúctu a zvyšují profesionální sebejistotu

V praxi se podle zkušenosti mnoha kolegů zdá být užitečné vést si v jakékoli formě svůj CME deník (výukové portfolio), ve kterém si lékař sleduje svůj výukový plán, eviduje odborný progres a kurzy, které absolvoval, zapisuje si poznámky, poznatky, myšlenky, zkušenosti, ale i chyby které udělal, a z kterých se může poučit on sám nebo jeho kolegové. Vedení deníku vychází z principů sebereflexe, upřímnosti k sobě, auditu a kritického hodnocení vlastních činností. Dnes jsou na internetu k dispozici šablony či aplikace umožňující elektronické vedení takového portfolia. Proces CME bývá při zaznamenávání a evidenci osobních zkušeností více vědomý, tím podporuje růst kvality a vede rychleji k zavádění nových návyků a postupů tam, kde jich je potřeba.

V moderním celoživotním vzdělávání hrají zejména od období Covidu velkou roli informační technologie.

Rozšířený přístup k informační technologii umožňuje vývoj nových mechanismů výuky prostřednictvím online kurzů, webinářů, webcastů, což může být zvláště relevantní pro praktické lékaře/rodinné lékaře, pracující v rurálních oblastech a pro všechny z nás, kteří nemáme mnoho času nazbyt a řešíme time-management. Online kurzy by měly dodržovat stejné zásady jako tradiční výuka. Musí být technicky jednoduše dostupné, mohly by obsahovat praktická cvičení, principy opakování učiva, či poskytovat zpětnou vazbu a hodnocení. Je nezbytné vyvíjet IT nástroje, které umožní praktickým lékařům skrze zpětnou vazbu prověřit svou práci a porovnávat ji s výkonem ostatních kolegů pomocí ukazatelů kvality. Nejběžnější informace, které lékař potřebuje, jsou data o sledování a dispenzarizaci chronických neinfekčních onemocnění, očkování, o alergiích atd. Lékaři tak mohou získat vhled do své vlastní práce. To jim může pomoci budovat profesionální sebejistotu a zvyšovat sebeúctu.

Lékař obvykle dohlíží i na vzdělání své zdravotní sestry či dalších zaměstnanců svého týmu v zájmu zkvalitňování komplexní péče o své pacienty.

V Evropě se kromě CME též hovoří o celoživotním profesionálním rozvoji lékaře (CPD – **continuing professional development**). CPD je vnímán jako širší pojem

než CME, jedná se o proces celoživotního osobnostního vývoje a zrání, projevující se nejen ve vzdělávání a profesionalitě, ale i v etice, hodnotách, postojích či komunikačních schopnostech lékaře ve vztahu s pacientem.

Obor VPL musí nabídnout všechny atributy lékařské disciplíny k intelektuálnímu uspokojení a plné profesionální seberealizaci lékařů.

V odborné literatuře často můžeme vidět používání spojené zkratky pro oba termíny – CPD/CME.

Za CME/CPD nese odpovědnost pouze lékař sám, ale též odborná společnost, resp. lékařský stav. Systém celoživotního vzdělávání zajišťují odborné organizace a jeho naplňování spadá pod národní legislativu jednotlivých zemí, ač je snaha jej v Evropě harmonizovat a koordinovat na kontinentální úrovni.

CPD/CME má obvykle odbornou společností jasně definované cíle a politiku, vyhrazené finanční zdroje a čas určený na vzdělávání a rozvoj lékařů. Náplň vzdělávání je v rukách lékařské společnosti a za odbornou úroveň jsou odpovědní její tvůrci, tedy lékaři sami. Proces výuky by měl být oproštěn od vlivu státních orgánů, farmaceutických či jiných lobujících společností.

Je v zájmu každé společnosti, aby měla lékaře poskytující kvalitní a bezpečnou péči. Z tohoto důvodu od nich požaduje, aby jejich znalosti a dovednosti byly aktuální. Tento proces formálního nároku a hodnocení se nazývá re-certifikace. Může být nutným předpokladem pro obnovení lékařovy licence či registrace, bývá svázán s profesním hodnocením a bonifikacemi, případně v některých státech s profesními či finančními sankcemi, či dokonce až s pozbytím licence, jestliže lékař opakovaně na svém vývoji nepracuje a nevzdělává se.

V některých evropských zemích je tento proces povinný, někde doporučený, jinde není jako takový formálně vůbec zavedený.

První evropskou zemí, která zavedla povinnou CME/CPD re-certifikaci, bylo Norsko (1985), následováno Slovinskem (1992), většina zemí se připojila po roce 2000, Česká republika pak v roce 2005.

Proces re-certifikace bývá ve většině zemí spojen se shromažďováním tzv. vzdělávacích kreditů, které jsou udělovány podle stanovených pravidel za vzdělávací aktivity různého druhu za daný čas strávený výukou.

V ČR je možné kredity legálně získávat za účast na kurzech akreditovaných ČLK, za klinické dny, studiem odborné literatury s autodidaktickým testem, za elektronickou formu vzdělávání a za přednáškovou a publikační činnost. Ve vzdělávání platí v ČR i v Evropě tato pravidla hodnocení váhy kreditů: 1 vzdělávací hodina (45 minut + event. 15 minut diskuze) – 1 kredit CME; půlden vzdělávání – 3 kredity CME; celý den vzdělávání – 6 kreditů CME. Maximální počet získaných kreditů za jeden den byl stanoven na 6.

V České republice jsou požadavky na CPD/CME formalizovány stavovským předpisem České lékařské komory č. 16, který popisuje systém celoživotního vzdělávání lékařů v ČR a v rámci CPD/CME požaduje získání 150 kreditů za období pěti let. Na základě splnění toho-

to požadavku je lékaři v ČR udělen Diplom celoživotního vzdělávání a zdravotní pojišťovny jeho získání posléze bonifikuje a navyšují lékaři kapitační platbu. Každý lékař a člen ČLK v ČR má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání. Nicméně nesplní-li lékař tuto povinnost, není v ČR sankcionován. Z důvodů vzájemného uznávání celoživotního vzdělávání lékařů v rámci EU rozhodla ČLK s platností od 1. 1. 2013 o trojnásobném navýšení nutných kreditů pro získání diplomu celoživotního vzdělávání. Dříve stačilo lékaři nasbírat 50 kreditů za pět let.

V Evropě se periody re-certifikace, za které je třeba určitý počet kreditů nasbírat, liší. Re-certifikační období jsou dlouhá od jednoho roku (Rumunsko, Malta) až do sedmi let (Slovinsko). Rozdílný je též počet požadovaných kreditů. Průměrný a v Evropě obvyklý počet kreditů k nasbíráání je 40–50 za rok.

V rámci EU působí různé autority, které vyvíjejí snahu o harmonizaci požadavků na CPD/CME v celé Evropě, jelikož pacienti a lékaři se v EU pohybují volně a vzájemné uznávání vzdělávání a potřeba poskytování kvalitní a bezpečné lékařské péče napříč celým kontinentem je aktuální téma.

Evropská unie v Nařízení 2011/24/EU o právech pacientů při poskytování mezinárodní zdravotní péče v EU a v Nařízení 2013/55/EU doplňující Nařízení 2005/36/EC stanovuje, že jednotlivé členské státy EU zajistí podporu CPD/CME ve své zemi, a že zdravotní profesionálové jsou schopni aktualizací svých znalostí udržovat bezpečnou a kvalitní praxi v oboru.

Evropský svaz lékařských specialistů (UEMS) zřídil zvláštní komisi pro celoživotní vzdělávání lékařů

The European Accreditation Council for Continuing Medical Education, která se mimo jiné věnuje vývoji, předávání a standardizaci druhů výuky a studijních procesů v rámci CPD/CME. Tato komise vzniklá v roce 2000 zavedla např. tzv. evropské vzdělávací kredity, v roce 2009 definovala kritéria pro akreditaci e-výuky a v roce 2016 další kritéria pro udělování kreditů za publikace, aktivní výuku, recenzi článků a jiné aktivní druhy vzdělávání se.

V rámci WONCA Europe se celoživotním vzděláváním lékařů zabývá odborná síťová organizace EURACT (www.euract.eu), která má v popisu práce stanovovat a výukou, publikacemi, pořádáním výukových konferencí udržovat a propagovat vysoké standardy v CPD/CME po celé Evropě.

Organizační odpovědnost za zajištění CPD/CME náleží tradičně odborným společnostem. V případě všeobecných praktických lékařů v ČR je to SVL ČLS JEP, která využívá pro CPD/CME vytvořenou regionální infrastrukturu, v rámci které je realizováno 150 seminářů ročně.

Literatura:

1. European Requirements for GP/FM Continuous Medical Education (CME) <https://www.euract.eu/resources/view/european-requirements-for-gp-fm-continuous-medical-education-%28cme%29>
2. Current state of the evidence-base for effective continuous medical education for family medicine and general practice <https://www.euract.eu/resources/view/current-state-of-the-evidence-base->

Klíčovými akcemi kontinuálního vzdělávání jsou dvě celostátní konference, v jarním a podzimním termínu. Kromě klasických seminářů, konaných pravidelně jednou za měsíc ve čtrnácti regionech ČR současně, a konferencí se v CPD/CME stále více uplatňují distanční formy vzdělávání, např. na platformě www.euni.cz je umožněn e-learning, dále dochází k distribuci vzdělávacích materiálů a informací prostřednictvím odborných časopisů *Practicus*, *Appel*, *Bulletin praktických lékařů*, *Praktický lékař* a dalších publikací. V oblasti CPD/CME všeobecných praktických lékařů se uplatňují i další odborné společnosti a subjekty, jako např. Sdružení praktických lékařů, Česká lékařská komora, lékařské fakulty a další instituce.

Dále je potřeba zmínit stále rostoucí roli mezinárodní spolupráce a vzdělávání, např. každoročně na vzdělávacích konferencích WONCA, v rámci členství a aktivní účasti českých praktických lékařů v síťových organizacích a pracovních skupinách WONCA a na konferencích a kursech, které pořádají. Pro všechny praktické lékaře existuje možnost bezplatného on-line přístupu k mezinárodnímu časopisu všech praktických lékařů Evropy *European Journal of General Practice*.

Odborná společnost ovlivňuje odbornou náplň centrálně řízených akcí CME podle aktuálních potřeb oboru. V systematickém CPD/CME se klade důraz na implementaci doporučených diagnostických a léčebných postupů, které pokrývají nejdůležitější oblasti péče poskytované ve všeobecných praxích. Flexibilita regionálních akcí CPD/CME umožňuje zařazení aktuálních témat, mezioborových diskusí a řešení místních problémů.

Doporučení a globální standardy pro celoživotní vzdělávání praktických a rodinných lékařů Evropy a ve světě byla aktualizována v srpnu roku 2016 společností reprezentující všechny praktické a rodinné lékaře na světě WONCA a jsou popsány v dokumentu „WONCA Global standards for CPD for Family Doctors“, který je k dispozici ke stažení na webu WONCA.

Praktičtí lékaři budou nejlépe reagovat programy celoživotního vzdělávání (CME), které jsou relevantní pro jejich dennodenní praxi a které reagují na jejich potřeby pro ně přístupným způsobem. Vzdělávání by mělo zahrnovat kombinaci aktualizací znalostí a interaktivní učení se dovednostem. CME by měla vést ke zlepšení kvality péče a k lepším výsledkům pro pacienty.

MUDr. Jáchym Bednář

IPVZ, katedra všeobecného lékařství

-for-effective-continuous-medical-education-for-family-medicine-and-general-practice

3. WONCA Global Standards for Continuing Professional Development (CPD) for Family Doctors <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20CPD%20Standards%202016.pdf>

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

Mozek jako cílový orgán hypertenze



doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

Mozek je jedním z cílových orgánů hypertenze. Kromě akutního poškození, jako je hypertenzní encefalopatie nebo cévní mozkové příhoda (CMP), navozuje hypertenze chronické změny v mozkové tkáni, které se v průběhu let projeví poruchou mozkových funkcí včetně kognitivního deficitu. Hypertenze je také rizikovým faktorem progresu kognitivní poruchy do zjevné demence. Čím časněji v životě hypertenze vznikne, tím je riziko rozvoje demence ve stáří vyšší. Je to dáno dobou působení vysokého krevního tlaku, který postupně navozuje mikrovaskulární poškození, změny mozkové tkáně a atrofii mozku. Je doloženo, že léčba antihypertenzivy riziko vzniku demence u osob s hypertenzí snižuje. Výraznější účinek byl zjištěn u intenzivní kompenzace krevního tlaku a u inhibitorů systému RAAS. Je tedy zřejmé, že hypertenzi je třeba důsledně a trvale kompenzovat hned od stanovení diagnózy, a to i u mladších pacientů.

Hypertenze je spojena s rizikem akutního i chronického poškození mozku

Poškození mozku navozené hypertenzí je na rozdíl od ostatních cílových orgánů vždy ireverzibilní. Hypertenze je z hlediska CNS riziková v první řadě svými akutními důsledky – výskytem cévních mozkových příhod (CMP) nebo tranzientní ischemické ataky (TIA). Je známo, že užívání antihypertenziv prokazatelně snižuje riziko recidivy CMP. Podle současných standardů je u osob po prodělané ischemické CMP nebo TIA doporučeno snížení krevního tlaku (TK) a dosažení cílových hodnot <130/80 mm Hg.¹ Protože mozek je energeticky nejnáročnějším orgánem v lidském těle, podléhá mozková perfuze autoregulaci. Pásmo středního arteriálního tlaku (SAT), kdy je mozek schopen udržet si konstantní perfuzi, je ohraničeno hodnotami 50 a 160 mm Hg.² Při nižším SAT hrozí hypoperfuze, ischemická nekróza a apoptóza. Při vyšším SAT dochází k poruše hematoencefalické bariéry, rozvoji mozkového edému a event. krvácení. Rozvíjejí se symptomy hypertenzní encefalo-

patie – zrakové obtíže, poruchy vědomí, somnolence, zmatenost.

Hypertenze ale poškozuje mozek také svými chronickými důsledky. Dlouhodobé působení zvýšeného TK u pacientů s hypertenzí je spojeno postupnou přestavbou cévní stěny. Rozvíjí se hypertenzní mikroangiopatie, která je provázena zvýšeným rizikem ruptury cévní stěny a mozkového krvácení při náhlé elevaci TK. Důsledkem hypertenzní mikroangiopatie jsou chronické změny mozkové tkáně, jako jsou změny bílé hmoty a mikrokrvácení. Rozvíjejí se pomalu, ale postupně vedou k deficitu mozkových funkcí ve všech doménách. Patří mezi ně kognitivní deficit až demence, motorické poruchy včetně parkinsonismu, senzitivní i sensorické deficity.

Ve studii zahrnující 198 965 jedinců starších 60 let se vyvinula demence během 15 let sledování u 6270 osob. Přítomnost hypertenze zvyšovala toto riziko statisticky významně o 19 % (HR = 1,19, 95% CI 1,11–1,27).³

Při rozvoji demence se uplatňuje i faktor času. Podle dat ze studie CARDIA zahrnující 2946 osob průměrného věku 55 let bylo zjištěno snížení výkonu v kognitivních testech v závislosti na věku nástupu hypertenze. Pokles kognitivních funkcí byl nejvyšší při vzniku hypertenze před 35. rokem věku.⁴ Toto zjištění podporuje i analýza dat z UK Biobank, která ukázala, že hypertenze v mladším až středním věku (do 54 let) urychluje atrofii mozku.⁵ Opět, čím byl nástup hypertenze časnější, tím byl dopad na atrofii mozkové tkáně větší.

Hypertenze urychluje progresi kognitivního deficitu do stádia demence

Na rozvoji Alzheimerovy choroby se kromě degenerativních změn podílí i vaskulární složka. Vývoj Alzheimerovy choroby zahrnuje preklinickou fázi, kdy lze vysledovat pouze pozitivitu biomarkerů, poté se rozvíjí subjektivní porucha kognice a asi 1–2 % těchto pacientů za rok přejde do stádia mírné kognitivní poruchy. Z těchto jedinců se každý rok u 15 % rozvine demence.⁶ Popsaná progresie je ovlivněna řadou faktorů. Dnes se k její predikci používá polygenní rizikové skóre (PRS). Bylo doloženo, že přítomnost hypertenze zvyšuje riziko rozvoje demence v každé z kategorií PRS, tj. u jedinců s nízkým, středním i vysokým rizikem. Hypertenzí navozené mikrovaskulární poškození neakceleruje jen Alzheimerovu chorobu, ale všechny degenerativní demence včetně vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky, Parkinsonovy choroby a frontotemporální demence.⁶

Antihypertenzní léčba snižuje riziko vzniku demence

Metaanalýza 14 randomizovaných kontrolovaných studií s antihypertenzivy zahrnující celkem 96 158 pacientů s hypertenzí bez demence a kognitivního deficitu s délkou sledování 49 měsíců ukázala, že užívání antihypertenzní medikace významně snižuje riziko vzniku demence, a to o 7 %.⁷ Navíc bylo doloženo, že intenzivní kompenzace TK má větší přínos než standardní léčba. Studie s 449 pacienty sledovanými 3,5 roku, kteří byli randomizováni k intenzivní (STK <120 mm Hg) nebo standardní antihypertenzní léčbě (STK <140 mm Hg), ukázala pomalejší progresi změn bílé hmoty na MR při intenzivní kompenzaci (viz tabulka).⁸ Pokud se týká jednotlivých skupin antihypertenziv a jejich vlivu na kognici, výsledky svědčí pro příznivější působení inhibitorů systému RAAS (ACEI a sartany).⁹

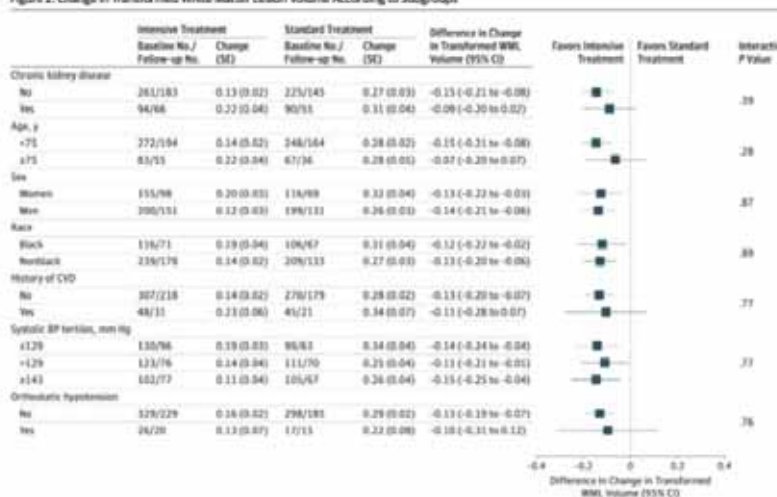
Závěr

Kromě akutních komplikací, jako jsou CMP nebo hypertenzní encefalopatie, vede hypertenze i k chronickému poškození mozkové tkáně. Hypertenze navozuje přestavbu cévní stěny a následně i struktury mozku. Mikrovaskulární poškození mozku je stejně jako hypertenze zpočátku dlouho asymptomatické, později ale vede k poruše mozkových funkcí v podobě kognitivního, motorického, senzitivního i sensorického deficitu. Tyto změny jsou nevratné a začínají se rozvíjet již se začátkem onemocnění. Vznik hypertenze v mládí je z tohoto pohledu rizikovější než její vznik v pozdním věku, protože se zde uplatňuje časový faktor dlouhodobého nepříznivého působení vysokého tlaku krve. Intenzivní léčba hypertenze může rozvoj těchto změn zastavit nebo zmírnit. Proto je velmi důležitá dostatečná a přetrvávající kompenzace krevního tlaku již u mladších hypertoniků. Důsledná léčba hypertenze může přispět k prevenci mikrovaskulárního poškození mozku a následného rozvoje kognitivního deficitu a demence.

Tabulka: Intenzivní vs. standardní kontrola TK⁸

Intenzivní kontrola TK <120 mm Hg je lepší než standardní kontrola, zpomaluje rozvoj lézí bílé hmoty mozkové

Figure 2. Change in Transformed White Matter Lesion Volume According to Subgroups



449 pacientů,
sledování 3,5 roku

Randomizace léčby HT
- Intenzivní (sys.<120)
- Standardní (sys.<140)

Progrese změn bílé hmoty na MR

Intenzivní kontrola TK <120 mm Hg
zpomaluje rozvoj lézí bílé hmoty
mozkové, které jsou ukazatelem
poruchy mikrocirkulace mozku a
prediktorem vzniku demence a CMP

SPRINT trialists. JAMA. 2019;322(6):524-534.

Literatura

- Dawson J, Béjot Y, Christensen LM, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. Eur Stroke J. 2022 Sep; 7(3):1-XLI.
- Tomek A, et al. Neurointenzivní péče. 3. vydání. Praha: Mladá fronta 2018, 608 s.
- Littlejohns TJ, Collister JA, Liu X, et al. Hypertension, a dementia polygenic risk score, APOE genotype, and incident dementia. Alzheimers Dement. 2022 Apr 19.
- Suvila K, Lima JAC, Yano Y, Tan ZS, Cheng S, Niiranen TJ. Early-but not late-onset hypertension is related to midlife cognitive function. Hypertension. 2021 Mar 3;77(3):972-979. 6.
- Shang X, Hill E, Zhu Z, et al. The association of age at diagnosis of hyperten-

sion with brain structure and incident dementia in the UK Biobank. Hypertension. 2021 Nov; 78(5): 1463-1474.

- Hort J, Rusina R. Paměť a její poruchy. Praha: Maxdorf, 2007, 422 s.
- Hughes D, Judge C, Murphy R, et al. Association of blood pressure lowering with incident dementia or cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2020 May 19; 323(19): 1934-1944.
- SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group, Nasrallah IM, Pajewski NM, Auchus AP, et al. Association of Intensive vs Standard Blood Pressure Control With Cerebral White Matter Lesions. JAMA. 2019 Aug 13; 322(6): 524-534.
- Barthold D, Joyce G, Wharton W, et al. The association of multiple anti-hypertensive medication classes with Alzheimer's disease incidence across sex, race, and ethnicity. PLoS One. 2018 Nov 1; 13(11): e0206705.

Jak pacienti s nevysvětlenými tělesnými potížemi vnímají péči svého praktického lékaře?

Marek Abu Ras¹, Eliška Císařová¹, Radim Homolka¹,
MUDr. Martin Seifert²

¹Studenti všeobecného lékařství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

²Kabinet praktického lékařství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, vedoucí studentské vědecké aktivity

Úvod

Pacienti s obtěžujícími protrahovanými tělesnými potížemi, pro které dosud nebyla zjištěna organická příčina (persistentní somatické symptomy, PSS), tvoří 20–30 % všech pacientů v ordinacích praktických lékařů (De Waal et al 2004). Spektrum těchto potíží je velmi rozmanité, od gastrointestinálních (bolesti břicha, nevolnost, zácpa) přes kardiovaskulární (bušení srdce, dušnost), neurologické (bolesti hlavy, závratě) až po muskuloskeletální a dermatologické projevy. Obtíže bývají pro pacienta zatěžující a jsou často důvodem opakovaných návštěv praktického lékaře i jiných specialistů a nezřídka také nelékařských léčitelů. Nedostatečné lékařské vysvětlení potíží je pro pacienty frustrující a může vést ke zhoršování symptomatiky a k usilovnějšímu vyhledávání lékařské péče, a to jak diagnostické, tak léčebné. To vede v mnoha případech k iatrogennímu poškození pacienta. Tito pacienti tak významně zatěžují své ošetřující lékaře i zdravotní systém jako celek (Rask et al 2017).

Cíl studie

V rámci studentské vědecké aktivity na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy jsme provedli studii zaměřující se na pacienty s protrahovanými tělesnými potížemi a jejich praktického lékaře. Primárním cílem studie bylo zjistit, jak pacienti s dlouhotrvajícími tělesnými příznaky bez jasné příčiny vnímají péči svého praktického lékaře při řešení těchto obtíží. Pochopení toho, jak tito pacienti vnímají péči svých praktických lékařů, co od nich očekávají a jakou roli hrají lékaři v jejich subjektivně vnímaném stonání, by mohlo vést k optimalizaci diagnostických, terapeutických, a především komunikačních postupů při péči o tyto pacienty. Sekundárním cílem studie je otestovat, jak jsou praktičtí lékaři otevření spolupráci na takovémto typu studie a jak jsou ochotni a schopni pro takovou studii identifikovat a oslovovat pacienty. Proces sběru dat a jejich následná tematická analýza také slouží jako pilotáž pro vytvoření, optimalizaci a testování polostrukturovaného rozhovoru s pacienty a jejich lékaři pro využití v plánované důkladnější studii na toto téma.

Metodika

Této kvalitativní explorativní studii se zúčastnilo 6 pacientů z různých krajů České republiky a jejich praktičtí lékaři. Podmínkou zařazení pacienta do studie byly opakované návštěvy u praktického lékaře po dobu minimálně 3 měsíců pro přetrvávající tělesné potíže, pro něž lékaři nemají organické vysvětlení. Jednalo se tedy o příležitostný výběr vzorku praktických lékařů i jejich pacientů. Následně jsme s pacienty a jejich praktiky provedli individuální hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Nahrávky jsme manuálně přepsali a takto získaná data jsme analyzovali metodou reflexivní tematické analýzy dle Braun and Clarke (2020).

Výsledky

Výsledky analýzy s hlavními tématy a citacemi respondentů z řad pacientů jsou zachyceny v tabulce. Pacienti v rozhovorech často zmiňují **VZTAH** s praktickým lékařem. Jedním z jeho často se opakujících aspektů je **DŮVĚRA**, která je založena na **ZÁJMU** praktického lékaře o své pacienty a na jeho komunikačních schopnostech. V některých případech si pacienti stěžovali na zájem nedostatečný: „*Jako nemám pocit, že by to vodbyl, ale že by ho skutečně zajímalo jako do hloubky ty potíže, to ne teda, no,*“ ale naopak kvitovali, když má lékař lidský přístup a přizpůsobuje jim **KOMUNIKACI NA MÍRU**: „*Vždycky se voptal, co je nového na Primě, co dělá Perkausová, takovýdle jooo (smích), strašně ho to bavilo.*“ Specifikem pacientů s protrahovanými nevysvětlenými příznaky je časté vyhledávání péče u svého praktického lékaře, **POTŘEBA OSOBNÍHO KONTAKTU** a ujišťování se o svém zdravotním stavu. Obsahem těchto návštěv je vyžadování **OPAKOVANÝCH VYŠETŘENÍ** a vlastní naléhání na odesílání k dalším specialistům: „... a já sem při té příležitosti u toho praktického lékaře řekl: *chci to řešit, kam bych s tím mohl jít, jo.*“ Pacienti si rovněž stěžovali na dlouhé objednací lhůty ke svému PL a na **NEDOSTATEK ČASU** ke konzultaci svých obtíží: „*Občas bych si s ním chtěla popovídat víc, ale rozumím, že má další pacienty a další objednání.*“ V některých výpovědích se objevilo zajímavé téma, a to, že pacienti nevnímají svého PL jako odborníka na své vleklé zdravotní obtíže: „*Jako rozhodně sem neočekával, že by mi on pomohl, když je to praktický lékař, ale očekával sem přesně to, co udělal, že mi doporučí nějakého odborníka.*“

Diskuze

Zkoumali jsme, jak pacienti s PSS vnímají péči svých praktických lékařů, a zachytili jsme výše zmíněná opakující se témata, která jsou pro pacienty důležitá. Identifikovali jsme také jisté překážky v péči o tyto pacienty, které je třeba podrobit většímu prozkoumání pro zlepšení kvality péče o pacienty s PSS, k zabráně-

ní chronifikace jejich stavu, zdravotní turistice a dalším negativním jevům. Z provedených rozhovorů lze vyčíst i to, že dotazovaní pacienti jsou zaměřeni na organicitu svých obtíží a vyžadují řešení od praktického lékaře v podobě opakovaných fyzikálních vyšetření, odesílání k dalším specialistům a další. Nastává zde tedy paradox, že si pacienti cení kontaktu se svými praktickými lékaři, a to z hlediska naslouchání a psychické podpory, ale samotné přijetí faktu, že obtíže mohou být psychického rázu, se jim nedaří.

Z rozhovorů tedy můžeme vyvodit, že komunikační dovednosti a znalost charakteru a etiologie psychosomatických obtíží jsou důležitými léčebnými nástroji, které je potřeba zdokonalovat. Považujeme proto za důležité, aby měli nejen praktičtí lékaři, ale rovněž studenti medicíny širší možnosti teoretického i praktického sebezkušenostního vzdělávání v těchto oblastech. Věříme, že z rozvoje těchto znalostí a dovedností by profitovali jak lékaři, tak jejich pacienti, a nakonec i společnost jako celek. Jako příklad výše uvedeného lze uvést případ pacienta docházejícího k PL se somatickými obtížemi opakovaně a bez nálezu jejich organického podkladu. PL pokaždé použil k uklidnění pacienta fyziologické nálezy laboratorních a jiných vyšetření. Nepokusil se vůbec nastínit, že by obtíže mohly plynout z jiné příčiny, např. intrapsychické nebo vztahové. Proč nejsou lékaři v praxi často důslední v bio-psycho-socio-spirituálním přístupu k pacientům? Omezují je komunikační dovednosti, nedostatečné vzdělání v psychosomatice nebo jiné příčiny, např. vnitřní emocionální zábrany? To by mohlo být předmětem dalšího zkoumání stejně jako otázka, co pacienti potřebují k přijetí psychogenního původu některých svých potíží.

Závěr

Výsledky práce se neopírají o velké množství dat, nelze z nich tedy vyvozovat obecně platné závěry, nicméně jsou významným odrazovým můstkem k dalšímu zkoumání nejen vnímání péče a potřeb z pohledu pacienta, ale i z pohledu jeho praktického lékaře. Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že péče praktického lékaře je

pro pacienty s PSS důležitá, kontakt s ním vyhledávají, nicméně zároveň vyžadují vyšetření od jiných odborníků. Témata potřeb pacientů, komunikačních schopností praktického lékaře a důsledného bio-psycho-sociálního přístupu k pacientům by měla být námětem dalšího zkoumání a také vzdělávání lékařů. Nový doporučený postup SVL ČLS JEP Funkční a persistentní tělesné potíže: psychosomatický přístup by mohl být užitečným příspěvkem k rozšiřování povědomí praktických lékařů o psychosomatickém přístupu. Komunikační dovednosti je však třeba natrénovat a k empatickému naladění na pacienta jako člověka je potřeba jistá sebezkušenost pomáhající pochopit vlastní emoce.

V případě zájmu o účast v podobné navazující studii formou poskytnutí rozhovoru, případně vytipování jednoho pacienta k rozhovoru prosím napište Martinu Seifertovi na martin.seifert@lf3.cuni.cz. Budeme vám velmi vděční. Účast je zcela anonymní a není nijak zvlášť zatěžující.

Literatura

De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470-476

Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: a follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med*. 2017; 79(3): 345-357

Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res*. 2021;21: 37– 47.

TÉMA	POPIS	CITACE
Důvěra	Důvěra pacienta ve svého praktického lékaře.	„Když jdu k praktickému lékaři, tak to je pro mě skutečná autorita, a opravdu mám jako důvěru.“
Zájem	Pacienti oceňovali aktivní zájem.	„Vyslechne a jakoby se ptá dál jako aktivně.“
	Někteří pacienti si stěžovali na zájem nedostatečný.	„Jako nemám pocit, že by to vodbyl, ale že by ho skutečně zajímalo jako do hloubky ty potíže, to ne teda no.“
Komunikace na míru	Lékař přizpůsobuje komunikaci na míru konkrétnímu pacientovi.	„Vždycky sme, vždycky se voptal co je nového na Primě, co dělá Perkausová, takovýdle jooo (smích), strašně ho to bavilo.“
Osobní kontakt	Pacienti preferují osobní kontakt se svým PL.	„Jako chápu, že si s ním můžu nějak zavolat nebo napsat si s ním přes email, ale to není ono.“
Vyšetření	Pacienti vyžadují různá vyšetření k ujištění se o svém zdravotním stavu.	„Jenom fakt ta magnetická, aby se někdo podíval teda fakt jako do mě. Aby viděl, co se tam děje nebo neděje a řek mi „heleďte se, jste zdravěj, všechno je v pohodě.“
	Praktický lékař odesílá pacienty k dalším specializacím.	„Nebo řekne: „ona tam nebyla, tak jí tam pošlu“ a pošle mě na různá vyšetření.“
	Pacienti sami vyžadují odesílání k dalším specialistům.	„A já sem při té příležitosti u toho praktického lékaře řekl, chci to řešit, kam bych s tím mohl jít jo.“
Nedostatečná dostupnost péče	Dlouhé čekací doby k PL.	„Když prostě se chci objednat, tak musím čekat tejden, dva tejdny minimálně. Štve mě to.“
Časová limitace	Málo času na konzultaci s pacientem a řešení jeho obtíží.	„Občas bych si s ním chtěla popovídat víc, ale rozumím, že má další pacienty a další objednání.“ „Tak vidím, že prostě nemá čas na to. Že nemá ani kapacitu to nějak do hloubky řešit.“
Neodbornost PL	Pacienti nevnímají svého praktického lékaře jako odborníka na jejich obtíže.	„Jako rozhodně sem neočekával, že by mi on pomohl, když je to praktický lékař, ale očekával sem přesně to, co udělal, že mi doporučí nějakýho odborníka.“
Somatická příčina	Pacienti jsou přesvědčeni o somatickém původu svých obtíží.	„Že by si hlava se mnou mohla až takhle hrát, že by mi vyvolávala nějaký takovýhle stavy, věci. Prostě nedovedu si to jakoby představit, že to fakt tak je a spíš hledám ten zdravotní problém.“ „Já potřebuju něco vidět. Já nějaký teorie nepotřebuju, já potřebuju nějaký výsledek, aby to bylo hmatatelný, aby se na to dalo šáhnout.“

Tabulka: Výsledná témata s danými citacemi

Occamova břitva a praktičtí lékaři



MUDr. Michal Konšťacký, PhD, MBA

K Medical Consulting GmbH, Horgen, Švýcarsko

Na světě existuje asi 8 tisíc vzácných chorob. Onemocnění je v rámci EU definováno jako vzácné, pokud postihuje méně než 5 osob z každých 10 000, (tj. méně než 1 pacienta na 2000). Vzhledem k velkému počtu vzácných nemocí se odhaduje, že v současnosti jimi trpí asi 300 milionů lidí. Některé nemoci, které bychom měli znát, v době našich studií ještě neexistovaly. V mém případě je to například celá skupina mitochondriálních poruch. Kolem 70 % vzácných chorob je geneticky podmíněno a stejné procento těchto genetických poruch začíná v dětství. V průměru musí pacienti navštívit 4 specialisty a 2–3x jsou diagnostikovani chybně, než je stanovena správná diagnóza.

Například Mukopolysacharidóza 2 (Hunterův syndrom) se v počátcích projevuje nepříliš alarmujícími recidivujícími ORL záněty a častějšími kýly u chlapců. A většina lékařů v primární péči se řídí Occamovou břitvou, což je princip, který říká, že ta nejčastější příčina dané choroby je ta nejpravděpodobnější. Pro praktika denní realita, pro vzácné nemoci někdy katastrofa. Kdyby byla Occamova břitva skutečný chirurgický nástroj, patřila by k těm nejnebezpečnějším. Jeden z lékařů v mém týmu spočítal, že praktický lékař by musel žít 4000 let, aby statisticky potkal jednoho pacienta s Hunterovým syndromem. Většina si ze školy pamatuje, že se dříve nemoci říkalo gargoylismus, což však je již termín nekorektní. V České republice bylo těchto pacientů 5 a většina byla rozpoznána až při pokročilejších symptomech, které bývají nezřídka ireverzibilní. Větší šanci mají u genetických chorob mladší sourozenci, kdy už se po nemoci cíleně pátrá.

Již řadu let existují tzv. facial recognition softwares – softwary rozpoznávající tváře u chorob s patognomickým vzhledem. U Hunterova syndromu se vzhled pacienta mění někdy kolem 5. roku života díky depozicím glykosaminoglykanů a opět již může být pro některé orgány pozdě. I tak se diskutuje o tom, jestli by měli mít pediatři v primární péči podobný software

k dispozici, protože zapamatovat si 8000 vzácných nemocí není jen tak. Takzvané web crawlers jsou technologie, které cestují po netu a jsou schopné stanovit diagnózu z vašich fotografií na sociálních sítích, a to aniž byste si o to řekli. Unilaterální mydriáza na fotografiích na Facebooku nebo pokleslý koutek na společném snímku z třídního srazu. Velký zájem o tyto technologie mají pojišťovny a farmaceutické firmy. Zatímco farmaceutické firmy by takto mohly hledat vzácné pacienty, pro pojišťovny je to způsob, jak snížit do budoucna náklady na životní pojistky.

Přes všechny pokroky v technologiích jsou i vzácné nemoci většinou diagnostikovány konvenčním způsobem. Profesor Kampmann z Německa mi vyprávěl, jak se dva bratři s Hunterovým syndromem sami diagnostikovali v dospělosti. Jeden z nich šel rodičům do lékárny pro léky a lékárník k lékům přihodil i propagační letáky a informační brožuru od nedávno zesnulého profesora Becka o Hunterově syndromu. A dotýcný zjistil, že lidé na obrázku vypadají jako on a jeho bratr a šli se s brožurou v ruce poradit ke svému praktickému lékaři.

Léčba vzácných nemocí je velmi drahá. Již zmiňovaný lék na Hunterův syndrom stál jednu chvíli v USA 500 000 USD na rok a byl asi třetím nejdražším lékem na planetě i přesto, že nepřechází přes hematocentrickou bariéru a pro nejtěžší pacienty funguje pouze omezeně. Dnes již existují i mnohem dražší léky v oblasti genové terapie. Pracoval jsem chvíli na vývoji mRNA antisense léku pro Angelmanův syndrom a některé postupy jsou na hranici sci-fi. Izraelská firma Minovia vyvíjí léky na mitochondriální poruchy na bázi STEM cells a několik takových pacientů údajně velmi úspěšně léčí ve známém Sheba Medical Center. Hovořil jsem s ředitelkou firmy a autorkou patentu. Říkala, že pro malé děti s mitochondriálními nemocemi to funguje jako zázrak. Jsou schopni obnovit 1/4 až 1/3 mitochondrií v těle pacienta. Prý stačí jedna injekce za 250 tis. USD. Podle Minovie jsou takto schopni pomoci i pacientům s chronickými chorobami a možná významně pomoci při snahách o dlouhověkost. Když publikovali první výsledky, tak byli zavaleni žádostmi, které vůbec nečekali. Psali jim hlavně majitelé dostihových stájí. Pro lidi je to drahé, ale takový kůň..

Funkční a persistentní tělesné potíže: psychosomatický přístup



MUDr. Vladislav Chvála

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

Nová verze doporučeného diagnostického a léčebného postupu u funkčních a perzistujících tělesných potíží autorského týmu M. Seifert, A. Večeřová Procházková, D. Stackeová, J. Kabát a D. Jandourková připravená k vydání pro praktické lékaře v r. 2023, představuje velmi solidní popis problematiky, strážlivý a dobře lokalizovaný materiál především pro praktické lékaře, ale i pro specialisty, kteří se na léčbě komplikovaných případů podílejí. Respektuje stav rozvoje psychosomatické medicíny v ČR a nastavuje perspektivu vývoje. V této podobě pokládám výsledek zpracování komplikované problematiky za výborný a pro současnou medicínskou praxi velmi užitečný.

Případnou námitku, že už tak dost velké zatížení praktických lékařů není možné dalším nárokem na bio-psycho-sociální přístup zvyšovat, je třeba odmítnout s tím, že právě chroničtí somatizující pacienti tvoří největší zátěž praktického lékaře. Zkušenosti, které jsme za posledních 30 let v této oblasti získali, nás přesvědčují, že s rozvojem psychosomatického přístupu se zátěž

lékařů naopak snižuje, pacienti jsou více chráněni před chronifikací a nadměrnou medikalizací.

Co je na nové verzi pro mě nejdůležitější, je vyváženost z hlediska různých teoretických přístupů, důraz na jedinečnost každého případu a nabídka celé řady výkladových teorií. Právě ty mohou pomoci kontakt lékaře s pacientem více dialogizovat, a více se tak spoléhat na vzájemnou spolupráci. Na rozdíl od vysoce rozvinuté specializované lékařské péče, kde je stále více posilována role lékaře jako experta, zdůrazňuje autorský tým zcela správně roli vztahu a rozhovoru a snášení nejistoty, kterou takový přístup někdy spíše zesiluje. Autoři si jsou velmi dobře vědomi místa základní i rozšířené psychosomatické péče v systému zdravotní pomoci, kde na jedné straně je rozvinutá expertní a urgentní medicína a na druhé straně psychologická a psychotherapeutická praxe především klinických psychologů a psychotherapeutů. Vyjasnění pojmů základní PS péče, rozšířená PS péče, psychosomatická konzultace a psychosomatická terapie zpřehledňují psychosomatický přístup také pro jednání s organizátory zdravotní péče.

Tento doporučený diagnostický a léčebný postup dobře shrnuje vývoj v oblasti psychosomatiky u nás v kontextu zahraničních zkušeností, stanovuje kompetence a cíle vzdělávání lékařů, ale dává prostor také dalším profesím v rámci zdravotnictví, klinickým psychologům i fyzioterapeutům, kteří se na rozvoji této oblasti v ČR posledním desetiletím spolupodílejí. Respektuje přitom přiměřeně základní organizační schéma našeho zdravotnictví, když zdůrazňuje význam všeobecných praktických lékařů pro diagnostiku, léčbu a organizaci další vhodné péče o tyto chronické pacienty. Předpokládá rozvoj sítě týmových psychosomatických pracovišť.

Tento materiál doporučuji k vydání.

Rodinná firma VŠEOBECNÝ LÉKAŘ

**HLEDÁ LÉKAŘE L2 - L3
PRO ORDINACI VPL**

na částečný či plný úvazek

Benešov (25 minut od Prahy)

KONTAKT:



+420 773 545 225



kariera@vseobecnylekar.cz



• **finanční odměna**
až 90 000 Kč čistého/měsíc

• **flexibilní volba**
ordinačních hodin
– 4 denní pracovní týden

• **moderně vybavená ordinace**
(EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)

• **příspěvek na vzdělávací**
akce až do výše 20 000 Kč/ročně

• vhodné i pro lékaře jiných
oborů či před atestací VPL,
dohled zkušeného školitele
zajištěn

WWW.VSEOBEKNYLEKAR.CZ

Postřehy z Wonca World Sydney

25. 10.–28. 10. 2023



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP



MUDr. Pavel Brejník
praktický lékař Kladno, SVL ČLS JEP

Wonca World Sydney se konala 25. 10.–28. 10. 2023. Organizátory byla Královská australská kolej praktických lékařů RACGP a australské společnosti fondů zdravotnictví HCFA. Zúčastnily se 4 tisíce lékařů z celého světa, ale převážně z Asie, s vysokým procentem podílu australských zdravotníků a několik lékařů z České republiky. Partnery/ sponzory byly desítky společností od platínových, zlatých (např. GSK), stříbrných (např. Moderna), bronzových (např. Pfizer, Novartis, MSD) a ostatních.

Představeny byly stovky prezentací ze všech oborů

medicíny, organizace zdravotnictví, výzkumu a komputarizace. Protože se akce konala v Austrálii, zaměříme se v tomto příspěvku na prezentace australských lékařů. Lze konstatovat, že zájmy a trendy poskytování péče jsou obdobné, jiné jsou jen v oblasti venkovské (rural) medicíny. Do australského všeobecného lékařství patří i gynekologie a porodnictví, takže zazněly příspěvky s problematikou porodů ve vzdálených oblastech s leteckou asistencí, problematikou menopauzy, hormonální antikoncepce.

Byl prezentován příspěvek o projektu časného zachytu bronchogenního karcinomu kontinuálním vyšetřováním v průběhu let nízkozátěžovým CT a konstatovány kladné výsledky s časným zachytem karcinomu s možností úspěšného léčení např. operačními postupy.

Velká pozornost byla věnována projektu Heidi. Již v passwordu Wonca bylo: *tryheidi*. Jde o projekt kdy, za roční poplatek 250 AUD je poskytována konzultační služba zahrnující četné specialisty, zároveň jsou doporučována řešení náměty, instrukcemi a konkrétními medicínskými kroky zajištěním vyšetření a léčení. U nás je obdobný projekt EUC.

Australané se též snaží o časnější zachyt kožních nádorů, kterých je u nich vzhledem k horkému a slunečnému počasí více než jinde. Ve všech 7 státech Austrálie včetně Tasmánie jsou zřízena tzv. Skin cancer centra, která přispívají k časnějšímu odhalení případů.

Velká péče je věnována prevenci nádoru prsu, protože 25 % nemocných žen je mladších 50 let. Proto je kladen velký důraz na screeningové mamografie.

Velký důraz je kladen i na prevenci karcinomu děložního čípku, kdy pomocí povinného očkování proti

Sydney Opera House





papilomaviru u 12letých dívek a chlapců před 30 lety došlo k významnému snížení až eliminaci (pokud jsme dobře rozuměli) karcinomu děložního čípku.

V problematice diabetu byl vyzdvižen význam včasného vyšetřování a sledování glykovaného hemoglobinu HbA1c pro diagnostiku a léčbu diabetu. Podobné příspěvky měli i delegáti ze Singapuru a z Indie. Byl zdůrazněn i význam správné výživy. Nevíme, zda to byl paradox či trend změny pestrosti produktů, ale jedním z hlavních sponzorů byla společnost Nestlé, která na konferenci měla i velký stánek s produkty pro diabetiky a pacienty s hyperlipidemií.

Jistým trendem v medicíně je i poskytování distanční medicíny, která zrychluje a usnadňuje poskytování erudovaných medicínských služeb. To vede k větší spokojenosti pacientů. Zároveň bylo vždy konstatováno, že telemedicína nenahrazuje indikované klinické vyšetření. Na toto téma měli sdělení indický (ten hovořil o tom, že do výzkumu bylo zapojeno 124 lékařů z oblasti a v období 9-12/2022 sledovali a hodnotili služ-

by na základě odpovědí pacientů), britský a nepálský delegát.

Zajímavé bylo v bloku i sdělení japonského lékaře z oblasti města Uda, kde žije 28 tisíc obyvatel, z toho je 45 % starších 65 let, lékaři jsou též staří a některé ambulance byla zrušeny, další budou z důvodu věku lékařů zrušeny v průběhu let a telemedicína je jednou z možností, jak určitou péči alespoň zachovat.

V oblasti výzkumu a výuky hovořil australský delegát o tréninku, spíše výuce pomocí simulací situací rozhovorem, zvukem. Prezentoval schéma, jak toto činí.

Stejně jako v ČR je akreditace řešena praxí, jeden australský příspěvek byl o kritériích kvality, dle našeho názoru podobně obecných a neměřitelných.

V neurologickém bloku byla řešena problematika epilepsie, časně diagnózy a pomoci, v Austrálii stejně jako u nás existuje společnost pro epilepsii, která se na tuto problematiku zaměřuje a vzdělává další lékaře. Byly prezentovány i příspěvky o nespavosti, jeden příspěvek informoval o léčebných možnostech hypnózy.

Dle informací z Wonca koncilu bude Wonca World 2027 v Kapském městě v Jihoafrické republice, a osobou, připravující se na post presidenta Wonce, bude lékařka z USA.

Vítězná prezentace South African College of Family Physicians na WWC v Sydney, která nás přivede do Kapského města v roce 2027.



Jednání Světové Rady WONCA 2023



Živé jednání Světové Rady WONCA (WONCA World Council, WWC) se konalo po 5 letech od konference v Soulu. V pauze, vynucené pandemií covid-19, proběhlo jedno jednání na dálku. Na něm byla, prostřednictvím velmi sofistikované elektronické aplikace pro hlasování, zvolena v roce 2021 budoucí prezidentkou WONCA Dr. Karen Flegg z Austrálie.

Rada je složena z delegovaných zástupců členských organizací. Právo volit mají ti zástupci, jejichž organizace řádně zaplatily příspěvky. Jako zástupce SVL ČLS JEP s početnou členskou základnou disponují na jednáních WWC 2 hlasy. Jednání Rady předchází vlastní konferenci a je třídní. Jednání v Sydney řídila současná prezidentka WONCA, Dr. Anna Stavdal (Norsko), a výkonný sekretář (WONCA CEO) Dr. Harris Lygidakis.

Součástí jednání byly obvyklé formální procedury, jako schvalování zprávy prezidenta, zprávy CEO, zprávy pokladníka a zprávy jednotlivých regionálních prezidentů. Byly přijaty některé méně významné změny pravidel WONCA a udělena tradiční ocenění. Pracovní skupiny WONCA představily výstupy své práce. Přehled pracovních skupin a dokumentů je k dispozici na webové stránce www.globalfamilydoctor.com. Vzhledem

k tomu, že v Sydney jsem ukončil svoje 10leté působení v Mezinárodním konferenčním výboru WONCA, aktuálně ČR nemá, na rozdíl od Evropy, zástupce ve výborech nebo pracovních skupinách WONCA World.

V závěru prvního dne proběhly prezentace nabídek pro uspořádání konference v roce 2027, přednesené čtyřmi odbornými společnostmi; Odbornou společností rodinných lékařů z Hong Kongu, z Arabských Emirátů, Jihoafrické republiky a Taiwanu. Během druhého dne se představili kandidáti na budoucího prezidenta WONCA a kandidáti do nové exekutivy. Poslední den byl pak ve znamení voleb.

Volby proběhly za využití již zmíněné elektronické aplikace, která umožnila hybridní hlasování. Na pozici budoucího prezidenta (President Elect) byla zvolena Američanka hispánského původu, Dr. Vivian S. Martinez-Bianchi. Převzme vedení WONCA World od Australanky Karen Flegg na konferenci v Lisabonu v roce 2025. Její protikandidát, ankarský profesor primární péče, Mehmet Ungan, bývalý prezident WONCA Europe, prohrál o několik hlasů. Novými členy výboru se stali Karen Price, sympatická předsedkyně organizačního výboru konference v Sydney, Steve Mowle, pokladník RCGP a hlavní postava londýnské konference WONCA v roce 2022, a velmi milá, hyperaktivní kolegyně Maria Pilar Astier Pena ze Španělska.

Ve volbě destinace pro světovou konferenci v roce 2027 zvítězilo Kapské město, na jehož podporu jsem také dostal mandát SVL. Odborná společnost jihoafrických rodinných lékařů, podporovaná společností Guarant, měla nejlepší prezentaci. Pro Guarant, který do světa WONCA vstoupil přes naši společnost, to znamená pořádání již osmé konference WONCA.

Foto na hlavní straně časopisu: pohled na konferenční centrum (budova nejvíce vlevo) přes Darling Harbor v centru Sydney.

Doc. Seifert na jednání WWC s nově zvolenou prezidentkou WONCA Dr. Vivian S. Martinez-Bianchi z lowy.



Reportáž z 32. ročníku Bledského kurzu Evropské akademie učitelů ve všeobecném praktickém lékařství (EURACT)



MUDr. Ludmila Bezdíčková
IPVZ, katedra všeobecného lékařství



MUDr. Jáchym Bednář
IPVZ, katedra všeobecného lékařství

Ve dnech 20. 9.–23. 9. 2023 se u jezera Bled ve Slovinsku tradičně v hotelu Ribno konal 32. ročník výukového kurzu pro praktické lékaře – školitele, tentokrát tematicky zaměřený na výuku sebepěče a nazvaný „Teaching and learning about self-care in Family Medicine“ a již za 2 týdny poté (5.–7. 10. 2023) znovu u jezera Bled proběhla po pětileté pauze způsobené pandemií Covidu 3. výuková konference Evropské akademie učitelů ve všeobecném praktickém lékařství.

Jelikož se v komunitě praktiků v obou případech jedná o výjimečná setkání svého druhu, přineseme vám postupně reportáž z obou akcí.

Reportáž z 1. akce – 32. ročník Bledského kurzu:

Bledský kurz je přední didaktickou akcí pro učitele a školitele v oboru všeobecné praktické lékařství v Evropě. Od roku 2003 se koná pod záštitou EURACT (Evropská akademie učitelů ve všeobecném praktickém lékařství) a od roku 2015 nese jméno Dr. Janko Kersnika, v roce 2015 předčasně zesnulého lékaře ze Slovinska, který byl 4 roky prezidentem EURACTu a mezinárodně uznávanou učitelkou a lékařskou autoritou. Organizace se každoročně ujímá tým zkušených slovinských praktiků – učitelů, kteří jsou na svůj kurz hrdí a právem pyšní. Bledský kurz se zaměřuje každý rok na jiné téma a poskytuje lékařům zapojeným do vzdělávání inspiraci, co by bylo zajímavé učit, zatímco Leonardo kurzy EURACTu se zabývají metodikou, jak učit. Formát kurzu je velmi interaktivní, složený z jednotli-

vých půldenních modulů, které vždy začnou lekcí přednesenou učiteli a pokračují ve 3 skupinkách. Podstatou kurzu je dialog a sdílení zkušeností na určené téma jak v plénu bezprostředně po jednotlivých krátkých lekcích, tak poté ve skupinkách (motto: „keep keynotes short and discussions long“).



Kurzu se letos zúčastnili lékaři z 18 zemí. Největší učitelkou autoritou a jakýmsi nestorem kurzu, který na kurz jel již po dvacáté šesté, je docent Dr. Yonah Yaphe z Portugalska, který tvrdí, že Bledský kurz je pro něj osobně lékem a jakýmsi symbolem toho, že o sebe pečuje.

Každoročně je jedním z konkrétních výstupů společné mezinárodní práce během kurzu na místě vytvořený a sepsaný vzdělávací modul připravený k použití pro studenty v našem oboru, letos tematicky zaměřený na to, jak prakticky růst v sebepěči. Organickou součástí kurzu je i návštěva pacientů u nich doma a rozhovory s nimi ve skupinkách a poté reflexe a sdílení zkušeností z návštěvy v plénu.

Kurz trval 3,5 dne a postupně jsme diskutovali tato témata:

MODUL 1: Dr. Yonah Yaphe Uvedení do konceptu sebepěče a témata k dialogu ve skupinkách:

- sebepěče se stala klíčovým pojmem v oblasti praktického lékařství
- má potenciál zlepšit lékařskou péči prostřednictvím moudrého využívání omezených zdrojů
- primárně pečujeme o sebe, poté o naše pacienty



- mějme soucit sami se sebou, naslouchejme sami sobě, ptejme se sebe
- přemýšlejme o pacientovi, kterého právě léčíme a který představuje výzvu, protože vyžaduje mnoho našeho času a energie
- jak bychom ho mohli lépe léčit, kdybychom my sami i on sám pečovali sami o sebe a uměli lépe mobilizovat své zdroje sebezpěče?
- jak pacientovi pomoci objevit možnosti sebezpěče?
- jaké nové znalosti, dovednosti a postoje bychom potřebovali, abychom pacientovi pomohli?
- mohu radit, i když nejsem dokonalý?
- potřeby sebezpěče se mění v průběhu života
- jak konkrétně o sebe pečují?
- sebezpečí si často neposkytneš sám, ale např. v páru či ve vztahu s druhými již lépe
- jsem-li pod vlivem traumatu, zabraňuje mi to v sebezpečí
- miluj bližního svého jako sama sebe

MODUL 2: Dr. Ruth Kalda

Sebezpečí pacientů s komplexními potřebami:

„Řekl bych, že složitým pacientem s komplexními potřebami je ten, kdo má současně několik problémů, a je to často člověk, který má malou schopnost zvládat tyto různorodé problémy. Jedná se o někoho, kdo má nějaký fyzický zdravotní problém, nějaký duševní problém a nějaký sociální problém současně. Obvykle je to ten sociální problém, který z něj dělá složitého pacienta, všechno je však navzájem propojeno s tím, co je dovedlo k tomuto sociálnímu problému; to může být duševní problém, může to být fyzický zdravotní problém, nebo často i jiné sociální problémy vyvolávající další sociální problémy, takže je to všechno tak trochu promíchané dohromady.“ (rodinný lékař, rozhovor)



- kdo jsou pacienti s komplexními potřebami v naší péči?
- kolik jich máme v ordinaci? (5-24 %)
- do jejich sebezpečí a self-managementu jsou zahrnuti i jiní lidé, či celé týmy
- bariéry na cestě k samostatnosti pacientů s komplexními potřebami v naší péči
- modely péče a strategie, které pomáhají pacientům s komplexními potřebami v jejich samostatnosti
- základní kompetence, které je třeba učit a podporovat

- u pacientů s komplexními potřebami v péči
- umění motivačního interview: není to o rychlosti, ale o směru, radosti z malých úspěchů a nastartování cyklu úspěchu
- aspekty motivačního interview: přijetí, partnerství, soucit, zmocnění, posilování a podpora k samostatnosti
- jeden lístek na stromu WONCA v rámci kompetence péče zaměřené na pacienta (dle definice oboru VPL v obrázku) je nazván „promote patient empowerment“ volně přeložitelné jako zmocnění a vedení pacienta k samostatnosti
- pacienti s komplexními potřebami mají problém s přístupem do ordinace, takže se snaží vyřešit co nejvíce problémů najednou během jedné návštěvy
- při pomáhání v řešení pacientových problémů postupujme krůček po krůčku, slona bychom také nesnědli najednou
- naučme se identifikovat potřeby našich pacientů, naslouchejme
- naši pacienti potřebují pomoci najít rovnováhu mezi nutnostmi, potřebami, úkoly, závazky
- strategie pro zvládnání péče o tyto pacienty vyžadují naši profesionalitu, znalosti, dovednosti, školení a zkušenosti
- vůle, smysluplnost, odolnost, síla ducha a odvaha, toto vše je třeba mobilizovat
- koncept salutogeneze – model zdraví, jenž se zaměřuje spíše na faktory podporující tělesnou a duševní pohodu než na ty, které způsobují nemoci

MODUL 3: Dr. Eva Cedilnik Gorup

Proč není sebezpečí vždy jednoduše proveditelná?

- lehčí je o sebezpečí mluvit, než ji uskutečňovat
- limity a rezervy máme my sami, natož pak pacienti, když nejsou zdraví
- jako lékaři víme, že bychom měli cvičit 150 minut týdně, nejíst jednoduché, ale komplexní cukry, nepít alkohol, jíst 2 g soli denně
- paradoxně pacienti, kteří jsou nejvíce potřební, dostanou nejméně péče (the inverse care law – Julian Tudor-Hart – 1971 – Lancet)
- ve hře při sebezpečí je prostředí, výchova, kultura, motivace, ghetto efekt, potravinové pouště, sociální podpora, příliš mnoho protichůdných informací a návodů



- je dobré začít od znalosti pacientova příběhu
- znovu je zde dobrou metodou motivační interview
- poradenství, koučink, najít cestu spolu, nericitovat fakta
- je to proces: naslouchání, zrcadlení, reflexe, otevřené otázky, nesouzení, potvrzení, shrnutí, zjednodušování, empatie, pochopení pro různá omezení, která lidé mají (např. maminka s 3 dětmi nemá na sebepečí tolik prostoru)
- ambivalence při změně: „change talk and sustain talk“
- evokující dotazy: „Jak si myslíte, že by Vám změnilo život, kdybyste nekouřil?“, „Jaký by mohl být Váš život po změně?“
- plánování, stanovování malých cílů, pochvala za malé změny
- můžete použít svá zranění a nedostatky ve prospěch pacienta, může vstoupit do procesu fenomén „zraněného léčitele“
- fáze změny v opouštění škodlivého chování (prekontemplace, kontemplace, příprava, akce, údržba, ukončení)
- role social prescribing a (re)formování prostředí, v kterém se pacient pohybuje a žije
- je dobré umět používat strukturovaný Calgary Cambridge model vedení konzultace-pozitivní afirmace, která je autentická: „Jsem rád, že jste přišel a rád Vás vidím“

MODUL 4: Dr. Alan Shirley
Sebepéče na úrovni komunity a společnosti a role praktika v komunitě:

- jako lékaři nežijeme ve vakuu, víme, že sociální a komerční determinanty ovlivňují zdraví a postupně můžeme postupovat hierarchicky proti proudu a směřovat svou pozornost lékaře od „person centred“ to „people centred“ care a zapojovat se do života v komunitě proaktivně
- i politika může být „medicínou“ na vyšší úrovni hierarchie
- mladým lékařům se toto někdy hůře vysvětluje: „Jsem tady u Vás školencem, abych měřil lidem krevní tlak a ne proto, abych léčil planetu!“
- každý máme jinak vyvinutý cit pro vnímání těchto úrovní komunitního léčení „toxických“ vlivů ve společnosti, v západní Evropě je obecně větší angažovanost lékařů
- některým z nás brání v zapojení se v komunitě strach ze selhání:
„nejsem dost dobrý na to, abych to zvládl“
- orientace na komunitu je častější ve zdravotnických systémech s registračním systémem pacientů, mezi



PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

soukromými praktickými lékaři, těmi, kteří používají záznamy o pacientech k vytváření přehledů a těmi, kteří jsou více aktivní v prevenci a multidisciplinární spolupráci

- praktičtí lékaři ve venkovských oblastech a oblastech s větším počtem lidí z etnických menšin jsou více zaměřeni na komunitu
- zamysli se upřímně a bez omezujících předpokladů (pusť uzdu fantazii) nad tím, co můžeš udělat právě ty pro zdraví své komunity?
- sebezpečí o planetu – One health koncept, planetární zdraví a trvalá udržitelnost planetárního zdraví – sedmá doména kvality primární péče
- poslední revize dokumentu „European Definition of GP/FM“ z roku 2023 se zaměřuje na poměrně nové, ale zásadně důležité výzvy pro praktické lékaře, které souvisejí s konceptem One Health, planetárním zdravím a cíli udržitelného rozvoje a podle ustanovení změněné definice tvoří tyto oblasti společně pevný základ pro fungování a rozvoj všeobecného praktického lékařství

MODUL 5: Dr. Igor Švab

Joker modul na jakékoli téma, které aktuálně rezonuje (ChatGPT)

- kvalita a empatie: ChatGPT umí generovat větší „empatii“ ve srovnání s lidmi, protože má naučeno, co pacienti chtějí slyšet, nejedná se o skutečnou empatii, generuje totiž věty, které jsou považovány za nejakceptovatelnější pacienty
- ChatGPT může poskytnout reference k informacím, a dokonce vymýšlet akademické práce, může pomáhat psát eseje, domácí úkoly a asistovat při výzkumu, dokáže revidovat a vylepšovat obsah, ale není kreativní a originální, je jako papoušek a často si vymýšlí
- existují různé obavy v souvislosti s ChatGPT: nedostatek kritického myšlení, závislost lidí na technologii, možné podvádění a plagiátorství, postupné omezení mezilidských komunikačních dovedností, obavy z ochrany soukromých údajů
- velké množství dat zpracovaných ChatGPT vyvolává otázky týkající se původu dat a jejich použití
- ChatGPT je vnímán jako element brzdící kreativitu a panují obavy, že jeho používání může mít nepředvídané důsledky
- kreativita praktických lékařů je jejich devizou,



v kontextu event. použití ChatGPT byla zdůrazněna důležitost hlubokého porozumění a lidskosti a „jisker tvořivosti“ v lékařské praxi

- algoritmus a zodpovědnost: vznikají otázky ohledně toho, kdo píše algoritmy a jakou logiku používají
- vzbuzuje obavy z odpovědnosti, zejména v lékařských kontextech, kde je třeba podepisovat konečné zprávy, například radiolog, který použil ChatGPT a IT při popisu snímku, kdo je autorem RTG popisu?
- schopnosti ChatGPT: je schopen analyzovat data a poskytovat nejpravděpodobnější odpovědi podpořené daty
- dokáže ale také vymýšlet svá vlastní data, vymýšlí si

Příští 33. Bledský kurz se bude konat zase za rok na stejném místě v termínu od 18. 9. do 21. 9. 2024 a pro kurz bylo zvoleno téma:

„Teaching and learning about the emotions“



Reference:

Program kurzu:

<https://www.bled-course.org/timetable-2023/>

Elektronická knihovna Bledského kurzu:

<https://www.bled-course.org/library/>

Self-care: konceptuální analýza

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8488814/>

Moudrost traumatu:

<https://www.mojevideo.sk/video/37889/moudrost-traumatu-dokument-cz-tit.html>

European Definition of GP/FM – verze 2023:

<https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA-European-Definitions-2-v7.pdf>

Rodinná firma VŠEOBECNÝ LÉKAŘ

HLEDÁ LÉKAŘE L2 - L3 PRO ORDINACI VPL

na částečný či plný úvazek

Černovice (blízko Tábor, okr. Pelhřimov)

KONTAKT:



+420 773 545 225



kariera@vseobecnylekar.cz



- **finanční odměna až 90 000 Kč** čistého/měsíc
- **flexibilní volba ordinačních hodin**
– 4 denní pracovní týden
- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)
- **příspěvek na vzdělávací akce** až do výše 20 000 Kč/ročně
- vhodné i pro lékaře jiných oborů či před atestací VPL, dohled zkušeného školitele zajištěn

WWW.VŠEOBECNYLEKAR.CZ

Rodinná firma VŠEOBECNÝ LÉKAŘ

HLEDÁ LÉKAŘE L2 - L3 PRO ORDINACI VPL

na částečný úvazek

Kaplice (okres Český Krumlov)

KONTAKT:



+420 773 545 225



kariera@vseobecnylekar.cz



- **finanční odměna až 45 000 Kč** čistého/měsíc při částečném úvazku (10-15 hodin / týdně)
- **flexibilní volba ordinačních hodin**
– 4 denní pracovní týden
- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)
- **příspěvek na vzdělávací akce** až do výše 20 000 Kč/ročně
- vhodné i pro lékaře jiných oborů či před atestací VPL, dohled zkušeného školitele zajištěn

WWW.VŠEOBECNYLEKAR.CZ

Rodinná firma VŠEOBECNÝ LÉKAŘ

HLEDÁ LÉKAŘE L2 - L3 PRO ORDINACI VPL

na částečný či plný úvazek

Štětí (35 minut od Prahy)

KONTAKT:



+420 773 545 225



kariera@vseobecnylekar.cz



- **finanční odměna až 90 000 Kč** čistého/měsíc
- **flexibilní volba ordinačních hodin**
– 4 denní pracovní týden
- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)
- **příspěvek na vzdělávací akce** až do výše 20 000 Kč/ročně
- vhodné i pro lékaře jiných oborů či před atestací VPL, dohled zkušeného školitele zajištěn

WWW.VŠEOBECNYLEKAR.CZ

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ