

Filozofia, metodika a taktika dispenzarizácie

Anton Horský, Martin Korčok, Tibor Matuška

Philosophy, Method and Strategy of Dispensary

Súhrn

Autori sa odvolávajú na novú Konceptiu gynekológie a pôrodnictva, Liečebný poriadok a upozorňujú na širšie súvislosti dispenzarizácie s tým, aby bola dispenzarizácia funkčná a plnila medicínske kritériá. Upozorňujú na sémantické a metodické súvislosti a odporúčajú manažment dispenzarizácie v modernom chápaní pomocou výpočtovej techniky (*lit. 19*).

Kľúčové slová: dispenzár, depistáž, skrining, prevencia, compliance, osвета, zdravotná výchova, prevalencia, incidencia, manažment, skórovanie, MKCH, Internet.

Summary

The authors of this work refer to such materials as new Conception of gynecology and obstetrics, Medical order, and direct the attention to more extensive connections to dispensary so that it would be functional and would satisfy medical criteria. They also call attention to semantic and methodical connections and recommend managing of dispensary by means of update computer (*Ref. 19*).

Key words: dispensary, screening, prevention, compliance, enlightenment, health education, prevalence, incidence, management, score, MKCH, Internet.

Prakt. Gynek., 4, 1997, č. 3.

Motto: Čo môžeš rozhodnúť iba raz, o tom dlho rozvažuj.

Publius Syrus

Po zverejnení novej Konceptie gynekológie a pôrodnictva (1, 2) je nám jasné, že jej aplikácia nebude prechádzka zelenou lúkou. Liečebný poriadok (3) čaká na novelizáciu a transformácia zdravotníctva pokračuje tak, že pomaly vzniká jedna generácia transformovaných gynekológov. V snahe prispieť k realizácii novej koncepcie sme sa zamysleli nad kľúčovými výrazmi, ktoré obsahovala aj staršia koncepcia a obsahuje aj Liečebný poriadok. Poskytovatelia, PZS, neštátni lekári, lekári I. kontaktu, terénni gynekológovia (gynekológovia v primárnej starostlivosti), ako ich poisťovne aj kolegovia všeobecne nazývajú majú v každodennej praxi skúsenosti, radosti aj starosti s aplikáciou uvedených kľúčových termínov.

S deatizáciou (odštátnením) zdravotníctva súvisiace „akrobácie“ riadenia nesmú vytvárať problémy v medicíne. Multidisciplinárny charakter dispenzarizácie vyžadoval od auto-

rov prezentovať pohľad z rôznych polôh (terén, klinika, organizácia). Všetky odbory medicíny majú záujem o dispenzarizáciu. Z priložených citácií to vyplýva a ich akceptované skúsenosti sme preniesli do našej práce (9-17). Internet sa časom zapojí do diskusií (discussion groups) a konzílií (19), ako tomu už nejdenný prípad nasvedčuje a s radosťou konštatujeme, že aj tento časopis je už Internetom registrovaný.

Dispenzarizácia zaujímala klinikov viac z oblasti odbornej ako metodickej. O tom svedčia práce (9-17) z gynekológie, pediatrie, genetiky, stomatológie, ako sa nám podarilo hľadať aj v literatúre. Stec (14) predložil pochybnosti o správnom systéme dispenzarizácie s varovaním pre všetky odbory medicíny vrátane otázok kurability dispenzarizovaných pacientov a otázok podpory zo strany poisťovní.

Diskusie okolo dispenzáru vznikajú pre rozdielne nazeralie na kvantitu, kvalitu a účinnosť (5-7) alebo pre nedostatok prehľad o problematike. Dispenzarizácia nie je cieľ, ale prostriedok. V tejto práci nám ide o každodennú filozofiu administratívne preťaženeho lekára.

Hlavné nedostatky dispenzarizácie: formálnosť, samoučelnosť, zamieňanie si pojmov evidencie s dispenzarizáciou, izolovaná dispenzarizácia bez konzultácie s vyššími pracoviskami, nezaujímam dispenzarizovaného. Hlavným dôvodom,

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie NsP v Nových Zámkoch
Adresa: MUDr. A. Horský, Rázusova 11, 940 01 Nové Zámky, Slovensko

E-mail: horsky@nz.sknet.sk

prečo sa dispenzárna metóda dostatočne neujala napriek nesporným kladom a výhodám je administratívna záťaž. Táto je riešiteľná využitím výpočtovej techniky.

Rozhodujúcim **subjektom** v dispenzarizácii je lekár I. kontaktu s evidenciou, automatizovaným – ale nie neúčelným predvolávaním s podporným faktorom ekonomickej motivácie.

Angažovanosť gynekológa o svoje pacientky treba akceptovať. Chce im pomôcť, chce ich sledovať. To je komplexný pojem „manažmentu dispenzarizácie. Ale ako? Odpoveď: Kto? Kde? Kedy? Prečo? Akým spôsobom? (5-krát „W“ – Who? Where? When? Why? What way?).

Teda **objektom** dispenzarizácie je pacientka. Ochorenia, ktoré musíme dispenzarizovať v gynekológii, boli uverejnené v Liečebnom poriadku a niet o čom diskutovať (2). Treba sa zamyslieť nad aplikáciou kódov MKCH 10 na 4 znaky a zvyknúť si na presnejšie uvádzanie diagnóz (4).

Dispenzarizácia nebolí, podobne ako prevencia, neklepe na dvere, ale je treba ju predvolávať. Žiaľ, toto je náročné aj pre lekára, aj pre pacienta. Pri predvolávaní (2) žien nad 25 rokov 1-krát ročne, kde návratnosť pozvaných je do 40 %, nie je jednoduché vysvetliť pacientke, o čo jej a nám ide, aj ak je pacientka ochotná spolupracovať (compliance).

Otázka, koho dispenzarizovať je medicínsky daná. Ale dispenzár poznačuje pacienta. Netreba dispenzarizovať kulhavých, ani strabistov – na nich je to „vidieť“. Nedopočujúcich už áno, majú sťažené kontakty v komunikácii. Ale ochorenia alebo definované stavy, ktoré strpcujú život, v záujme pacienta aj medicíny treba sledovať ako ochranu pred komplikáciami, hoci to aktuálne pacienta netrápi.

Pri frekvencii 40 a viac pacientok denne, keď pacientka čaká 2 hodiny, nedá sa za 10 minút vysvetliť o čo ide. Compliance vzniká až časom, keď nám pacientka uverí, nie osvetle, ale trvalému pôsobeniu. V tejto oblasti nám veľmi pomohli firmy, ktoré propagujú antikoncepciu, HRT – aj odborne, aj tým, že pacientky sa naučili vo fertilnom veku i po ňom, že gynekológa treba vyhľadať a chodiť na kontroly.

Prefažený alebo inak handicapovaný lekár buď erudiťou, alebo nedostatkom dostupnej techniky venuje málo času vysvetľovaniu o dôležitosti dispenzarizácie. Pacientka aj tak polovicu podaných informácií zabudne. Je otázna problematika reštrikcie za neúčast na dispenzarizácii, ak pacientka ani po predvolaní nepríde, alebo vyhľadá iného lekára, ktorý má „second opinion“. Dignita po „double reading“ – nezávislé posúdenie dvoma odborníkmi – (18) je veľmi chúlостivá a diagnosticky náročná. Vzniká aj otázka kapitácie kontrolovaná poisťovňami, poznámok konziliara, vyhľadanie iného gynekológa, forenzné otázky a čo ak nám dobromyseľný kolega „napluje do polievky“?

S dispenzarizáciou sa zaoberá každý odbor, ktorý má záujem o intenzifikáciu činnosti. Lekári I. kontaktu využívajú výpočtovú techniku, ale žiaľ, len pre zadávanie údajov pre poisťovne. Málokto z nich pracuje v reálnom čase s počítačom na ambulancii a tým vzniká problém evidencie dispen-

zarizácie. Všetky dostupné programy na trhu umožňujú dispenzarizáciu, len ju treba využívať a upustiť od krabičiek a štítkov v dobe elektronickej komunikácie. Treba akceptovať medicínsky dôvod aj pri administratívnej náročnosti. Niekde v literatúre sa uvádza, že lekár pri svojej práci musí kalkulovať so strateným časom pre administratívu 20-40 %.

Postupne, ak sa zamyslíme nad našou koncepciou, nad vydanými predpismi zistíme, že všetka naša klientela je dispenzarizovaná. Týka sa to antikoncepcie, fertilného veku, gravidných, klimaktéria, zistených ochorení, stavov po operáciách, ktoré treba sledovať, poučovať, teda dispenzarizovať.

Teda dospievame k predstavám, že po pôrode novorodenca sa založí disketa s údajmi novorodenca, odovzdá sa matke a s týmto dokladom môže byť dieťa, neskôr dorast až dospelý celoživotne dokumentovaný. Príde k lekárovi, ten disketu prečíta a anamnéza je jasná. Ale pacient zostáva pasívny naďalej?

S určitou koncepciou by sa dalo do dispenzarizácie zaniest obľúbené **skórovanie**, podobne ako u iných chorôb. Je iné dispenzarizovať stacionárny myóm a iné napr. hrčku v prsníku. Skóre 1-9 by vyjadrovalo stupeň naliehavosti konať v čase a vo forme prípadného operačného zásahu. Dispenzarizácia pacientky unavuje a nemotivuje, alebo ju bagatelizujú a môže sa pridružiť i psychická trauma.

Nejasné kroky poisťovní, ich merkateľná konkurencia, súťaženie o počet poisťencov by mali byť nahradené koncepčnými krokmi, ktoré sprehľadnia prácu aj tak neúmerne zafarbených lekárov ako v nemocniciach tak i v teréne. Diverzné činnosti ich okliešťujú o priamy čistý „hokejový čas“ venovaný medicínskej činnosti. Telefóny, objednávanie, priatelia, protekčné pacientky, administrácia, ktorú nepodceňujeme, záznamníctvo a výkazníctvo pre MZ SR, štatistiku atď. Pejoratívne bodovanie a kapitáciu nevymysleli lekári, ale poisťovne, ako nie šťastný pokus o kvantifikáciu kvality, čo im nesmieme zazlievať. Bodovanie sa týka terénu konkrétne, finančne, štátnych lekárov nepriamo, o tom vedia viac riaditelia NsP z poukázaných preddavkov, záloh alebo vyúčtovaní poisťovní za výkony.

Positívnym stimulom by mali pôsobiť aj poisťovne na svojich poisťencov o starostlivosť o svoje zdravie. Pri mesačnom odvádzaní „poplatkov do poisťovní ako formy sporenia“ pri zdravotnej bezúhonnosti s možnosťou získania „bonusov“ nie len priamej finančnej návratnosti. Vzorov je dosť a je z čoho vyberať.

Aby dispenzarizácia úspešne napredovala očakávame od organizácie zdravotníctva premyslené riadenie. Od klinikov výskum, napredovanie a realizáciu v oblasti aplikovanej medicíny, od terénu úspešnú realizáciu.

Prehľad použitých termínov z etymologického pohľadu

etymológia, z gréckeho slova – príbuznosť a vzťahy slov *prevencia*, lat. *praeventia*, prevencia, predchádzať, tiahnuť pred niečím, predstihnúť, opatrenia k predchádzaniu ochorení. Podľa WHO je prevencia súbor cieľavedomých opat-

rení na zamedzenie vzniku ochorenia. Teda cieľavedomý súbor opatrení a nie bezhlavé jednanie. Zo staroveku známe prevencie: obriezka, prevencia fimózy, 6. prikázanie nezosmilniš, predchádzanie STD (aj dodnes)

karanténa (quarant dei 40 dní), hoci nepoznali baktérie, ale predpokladali inkubačnú dobu, 40 dní hladovky na púšti pre filozofov, dnes známe preladenie organizmu, bezmäsitý deň v týždni

depistáž, franc. dépistage, dépister, pátrať po niečom, aktívny postup vo vyhľadávaní zdrojov infekcie, včasných štádií ochorení. Iný zdroj: predbežné vyšetovanie. My pod depistážou rozumieme organizovaný a cieľavedomý spôsob vyšetovania určitej vekovo aj pohlavne rozlíšenej skupiny obyvateľstva na predom definované ochorenia

skrining, angl., pods. meno screen – sito, v gerundiu/-ing/, preosievať cez sito, avšak podľa toho aké určíme oká na sieti. Ak sú veľké, včasné štádiá ochorení nezistíme, prepadnú nám nepoznané, ak dáme oká malé, technická, ekonomická a medicínska náročnosť sa zvyšuje. Medicína je stochastická veda a nie sú známe vo všetkých prípadoch ochorení postupy „full technology“. Často sme na „half way of technology“, ako napr. u predčasných pôrodov. Multifaktoriálna príčina mnohých ochorení je aj lekármi komplikovane percipovaná, o to ťažšie to laikom, ekonómom a politikom vysvetliť. Skrining je po organizačnej stránke predvídava identifikácia nepoznanej choroby alebo poruchy zdravia pomocou testov, vyšetrení alebo iných procedúr, postupov, ktoré sa dajú rýchle uskutočniť. Tieto skúšky zjavne rozlišujú ľudí zdravých od chorých. Skrining neslúži na diagnostikovanie, ale mal by byť dostatočne citlivý a špecifický na to, aby znížil podiel falošne pozitívnych alebo negatívnych výsledkov na prijateľnú úroveň. Osoby s pozitívnym alebo negatívnym výsledkom musia byť ďalej vyšetrené na presné určenie diagnózy alebo vylúčenie choroby.

dispenzarizácia, lat. dispensatio, zhotovovanie a vydávanie liekov, inak váženie, rozdeľovanie, správa, povolenie, odpustenie hriechov. My pod dispenzarizáciou rozumieme aktívnu činnosť lekára, kde už zistené ochorenie spravuje, eviduje, kontroluje za tým účelom, aby sa zistený stav nezhoršil. Treba sa zamyslieť, či to nemá byť **manažment** dispenzarizovanej pacientky, ako sa to uvádza v mnohých iných prípadoch gynekologických ochorení. Z historického prehľadu bol dispenzár zavedený v medicíne v 17. storočí v Paríži, kde sa poskytovala ambulantná starostlivosť chudobným.

compliance – schopnosť a ochota pacienta dodržiavať predpísanú liečbu. Non-compliance znamená, že pacient vedome alebo nevedome nedodržuje naordinovanú liečbu. Rôzne výskumy hovoria (6), že približne tretina liekov sa užíva natoľko nesprávne, že vznikajú závažné poškodenia zdravia. Pritom k dispenzarizácii netreba lieky, ale spoluprácu, kde v tretine prípadov takto strácame kon-

takt. Pri sekundárnej non-compliance sa opakujú chyby aj frekvencia kontroly, inštrumentálna, ekonomická aj časová náročnosť stúpa. Závaž pochopiteľných vysvetľovaní aj pre príbuzných je náročná a nakoniec aj naša chyba, ako neželaný, ale sprievodný jav ľudskej činnosti.

prevalencia – počet prípadov ochorenia, počet chorých alebo ochorení, ktoré sa vyskytujú u obyvateľstva v danom čase, prípadne za dané obdobie, vyjadrený ako podiel k celkovému počtu obyvateľstva ako spoločnému menovateľovi.

management-manažment, obratnosť v jednaní, zvládnutie starostlivosti, riadenie

zdravotná výchova – výchova k zdraviu je významnou súčasťou širšie ponímanej celospoločenskej ochrany a podpory zdravia..., ale hlavným cieľom odboru je mimo iného aj motivovať aktívnu účasť obyvateľov na starostlivosti o svoje zdravie. Koncepcia gynekológie a pôrodnictva (2) uvádza zdravotnú výchovu ako súčasť hlavnej náplne odboru hneď vo všeobecnej časti úvodu, teda neuvádza sa nikde osvetu. MZD SR v r. 1990 vypracovalo Národný program podpory zdravia (NPPZ) (8). Štátny zdravotný ústav (ŠZÚ) plní úlohy na úseku ochrany zdravia a štátny okresný hygienik je orgánom na ochranu zdravia obyvateľov okresu. Tento vykonáva štátny zdravotný dozor nad plnením úloh primárnej prevencie spolu s ostatnými zdravotníkmi. Interpretácia zdravotnej výchovy má veľmi veľa nedostatkov vo všetkých odboroch medicíny.

Tragédia prevencie a dispenzarizácie je v tom, že občan si myslí, že za jeho zdravie zodpovedá lekár. Táto ignorácia vlastnej účasti na ochrane svojho zdravia vyúsťuje v dramatický konflikt v incidencii závažných ochorení, tak aj neskorej záchytnosti kurabilných ochorení.

Osvetu pokladáme za pejoratívny pojem – keď niekde prídem, osvetlím problém, zhasnem a odídem. Z osvetu treba urobiť trvalý vplyv, zdravotnú výchovu, ktorá začína v rodine, kde sa zakladá poradovník hodnôt človeka.

Záver

Autori veria, že v prístupe k dispenzarizácii prevládne nová kvalita, intenzifikácia a rozumné využitie ponúkaných možností výpočtovej techniky. Cieľ je daný, metodika je daná, filozofia pochopiteľná a každodenná taktika riešiteľná.*

*Podakovanie

Publikáciu odborne revidoval doc. MUDr. J. Štencl, CSc., z pohľadu klinika a plne sa s jej obsahom stotožnil, za čo mu patrí naša vďaka. Prof. MUDr. L. Badalík, DrSc., uznávaná autorita vo verejnom zdravotníctve, poskytol cenné konzultácie z oblasti riadenia, ďakujeme mu za jeho ochotu a cenné pripomienky.

Literatúra k etymologickej časti

Špaňár: Latinsko-Slovenský slovník, Bratislava 1987, SNP.

Kábrt J., Valach V.: Stručný lekársky slovník, Praha 1958, SZN.

Ivanová-Šaligová: Malý slovník cudzích slov, Bratislava 1972, SPN.

Churchill's Medical Dictionary. 1989 CHURCHIL, Livingstone, USA.

Literatúra

1. Holomáň K.: Niekoľko slov úvodom k novej Koncepcii... Praktická gynekológia, 3, 1996, č. 4, s. 177—185.

2. Vestník MZ SR čiastka 17, 18 z roku 1996: Koncepcia odboru gynekológia a pôrodnictvo. S. 213—219.

3. Zákon NR SR č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku, čiastka 34, s. 527, s. 714, s. 715, s. 722.

4. Horský A. a spol.: Nová dispenzarizácia v gynekologickej praxi. Praktická gynekológia, 3, 1996, č. 2, s. 100—102.

5. Aktuálne problémy gerontológie a geriatricke, 4, ZS KUNZ Bratislava 1990, s. 20.

6. Lieková politika. Príloha zdravotníckych novín. 1997, č. 1.

7. Hegyi L.: Katedra medicínskej pedagogiky, Škola verejného zdravotníctva IVZ Bratislava, Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricke, Bratislava 1996.

8. Vestník MZ SR, čiastka 14, 15 z roku 1996: Koncepcia zdravotnej výchovy. S. 169.

9. Zavadil M., Rob L., Vlachová J., Sulc J.: Dispenzarizácia a diagnostické postupy u trofoblastickej nemoci. Československá gynekológia, 1990, 55/9, s. 689—696.

10. Šrámková J.: Prednosti a nedostatky novej klasifikácie a dispenzarizácie TBC v klinickej praxi. Studia pneumologica et phthiseologica czechoslovaca, 1991, 51/2, s. 105—111.

11. Born C., Bouda J., Mleziva J., Rokyta Z., Kokeš V.: Možnosti výpočtovej techniky pre dispenzarizáciu v gynekologickej onkológii. Československá gynekológia, 1991, 56/3, s. 197.

12. Horanský V.: Zásady činnosti odborných pediatrických pracovníkov pri dispenzarizácii detí s chorobou respiračného systému. Slovenský lekár, 1992, II., č. 2, s. 26—32.

13. Horanský V.: Podiel obvodných pediatrických pracovníkov na dispenzarizácii kardiovaskulárnych a reumatologických ochorení detí. Slovenský lekár, 1991, I., č. 12, s. 19—23.

14. Stec J.: Je dispenzarizácia aktuálna aj v reformovanom zdravotníctve Lekársky obzor, 1991, ročník XL/6, s. 305—307.

15. Šimko J.: Dispenzarizačný program pre pacientov s familiárnou adenomatóznou polypózou hrubého čreva pri využití metód molekulovo-genetickej diagnostiky v Nemecku. Klinická onkológia, 1995, ročník VIII/1, s. 25—28.

16. Bratislavské lekárske listy, 94, 1993, č. 9: Slovenská lekárska spoločnosť XCI. Riadna pracovná schôdza dňa 26.4.1993.

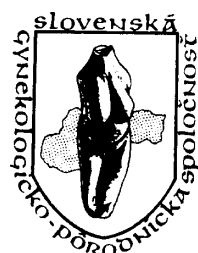
17. Miler I.: Karcinóm ovaria. JAMA, 3, 1995, č. 6, s. 514—517.

18. Pohlodek K., Junkermann H., Dowlatshahi K.: Úloha core-cut biopsie vo včasnej diagnostike karcinómu prsníka. Gynekológia, 3, 1994, s. 203—208.

19. Záhumenský a spol.: Medzinárodná počítačová sieť Internet a jej využitie v gynekológii a pôrodnictve. Praktická gynekológia, 3, 1996, č. 4, s. 206—210.

Do redakcie došlo 15.6.1997.

DOPLNENIE INFORMÁCIÍ



V Prakt. Gynek., 4, 1997, č. 2 sme uverejnili na str. 102 logo SGPS SLS. Logo, ktoré inicioval predseda spoločnosti doc. MUDr. J. Štencl, CSc., reali-

zovala akad. maliarka profesorka Eugénia Lehotská, ktorá žije a tvorí v Bratislave.

Redakcia