

## MOJE PRAXE PRAKTICKÉHO DĚTSKÉHO LÉKAŘE

**MUDr. Jarmila Seifertová**

Praktický lékař pro děti a dorost, Kladno

**I v primární péči je při denní praxi nutno přemýšlet o kvalitě. Mluvíme-li o kvalitě, je to vždy orientováno na pacienta. „Jen to nejlepší je dostatečně dobré.“ Kvalitu v primární péči můžeme zlepšit dobrou organizací praxe a jejím uspořádáním.**

Pacientovi jistě záleží na vstupu do čekárny i ordinace, jestli přijde k zavřeným dveřím nebo k recepci, jestli je přítomná sestra, která mu dá najevo, že o něm ví. Stále důležitějším se stává způsob zvacího a objednávacího systému k lékaři. Je přínosné se věnovat evidenci a dispenzarizaci pacientů. V dnešní době je stále více využíván počítač jako pomocník i v ordinaci praktického lékaře.

Velmi důležité pro pacienta je, jakou mám *spolupráci se specialisty*. Medicína je týmová práce a dobrý spolupracující tým, kde dobře funguje výměna informací, ušetří pacientovi mnoho nepříjemností a času.

Zvyšování kvality v primární péči předpokládá neustálé *kontinuální vzdělávání lékaře i sestry*.

Považuji za velmi přínosné sledovat vlastní činnost v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Najdeme-li některé činnosti, které jsou měřitelné, je to dobrou motivací k přemýšlení o změně k lepšímu. Porovnáme-li se dobrovolně s kolegy, budeme-li schopni diskuze, lze jistě kvalitu posunout k lepšímu. Mohu také porovnat sám sebe ve stejném období roků nebo sledovat určitý jev před zavedením určitého pomocného vyšetření a po zavedení do běžné praxe. Proč se orientovat na kvalitu?

*Účelem je možnost zabránit chybovosti předem, ne až po chybě!*

### Co jsme sledovali v mé ordinaci v roce 2001 a 2002?

- telefonní kontakty
- důvod ke konzultaci pacienta v ordinaci
- preskripci antibiotik
- odesílání ke specialistům
- náklady na ambulantní péči u specialistů pro mé pacienty.

### Telefonní kontakty jsme sledovali jeden průměrně rušný pracovní týden:

pondělí ..... 36 kontaktů  
 úterý ..... 22 kontaktů  
 středa ..... 14 kontaktů  
 čtvrtek ..... 27 kontaktů  
 pátek ..... 13 kontaktů.

Celkem 60 % telefonních kontaktů vyřídila sestra, 40 % předala lékaři.

### Jaké byly důvody telefonního kontaktu v naší ordinaci?

objednání k vyšetření ..... 40 %  
 dotaz na výsledky ..... 22,1 %  
 profesní hovor ..... 14,7 %  
 klinický problém ..... 12 %

soukromý hovor ..... 4 %  
 chronická medikace ..... 2,2 %.

Telefon využíváme v ordinaci i jako klinický nástroj (sledování stavu pacienta, běžná rada při frekventních nekomplikovaných stavech apod.). Telefonní konzultace nenahradí klinické vyšetření, vyžaduje to jistou praktickou zkušenost, aby i sestra dokázala vystihnout, kdy předat lékaře, kdy pacienta do ordinace pozvat, kdy nabídnout návštěvu doma. V primární péči pro známé pacienty je to nástroj nezastupitelný.

### Jaké byly důvody ke konzultaci v naší ordinaci v průměrně rušné době v průběhu 20 pracovních dní?

Podezření na nemoc přivedlo do ordinace 301 dětí. Preventivní vyšetření a očkování dětí do 18 měsíců věku přivedlo do ordinace 84 dětí. Preventivní prohlídky starších dětí a administrativní úkony zde nejsou zahrnuty.

### Důvod ke konzultaci s podezřením na nemoc:

respirační systém ..... 51,9 %  
 trávicí systém ..... 10,4 %  
 kožní problematika ..... 10,2 %  
 pohybový aparát ..... 9,0 %  
 bolesti hlavy ..... 5,8 %  
 psychosociální problém, obavy,  
 výchovná a výuková problematika ..... 12,7 %.

### Jaká byla preskripce antibiotik v tomto stejném sledovaném období roku 2001?

Z 301 dětí vyšetřených s podezřením na nemoc odešlo 25 dětí s receptem na antibiotika:  
 tonzillofaryngitis ..... 16 dětí  
 pneumonie ..... 4 děti  
 bronchitis ..... 3 děti  
 impetigo ..... 1 dítě  
 infekce močových cest ..... 1 dítě  
 33 dětí odešlo z ordinace bez receptu = 11 %.

### Jaká byla preskripce antibiotik ve stejném období 20 pracovních dní v roce 2002?

Toto období roku 2002 patřilo v naší ordinaci k výrazně rušnějším. Podezření na nemoc přivedlo do ordinace 421 dětí; 14 dětí odešlo s receptem na antibiotika. Snížené užití antibiotik oproti loňskému roku lze také přičíst k zavedení užití přístroje Quickread k vyšetření CRP rychlou metodou.

tonzillofaryngitis ..... 12  
 pneumonie ..... 1

bronchitis ..... 1  
 18 dětí odešlo z ordinace bez receptu = 4,28 %.  
*Další údaje jsme v roce 2002 nesledovali.*

**Odesílání ke specialistům ve sledovaném období v roce 2001, tj. 20 pracovních dní:**

Z 301 dětí, které přišly s podezřením na nemoc, bylo odesláno ke specialistům celkem 52 dětí = 17,27 %.

ORL ..... 55,8 %  
 ortopedie, chirurgie ..... 21,1 %  
 alergologie ..... 8,5 %  
 psychologie, psychiatrie ..... 7,7 %  
 oční ..... 3,8 %  
 neurologie ..... 1,9 %.

**Náklady na ambulantní péči u specialistů**

*Podle údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny a pojišťovny Metal Aliance, kde máme nejvíce pacientů. Rok 2000:*

**Nejvyšší náklady:**

1. ortopedie
2. logopedie
3. rehabilitační péče (3× častěji předepisována jiným než registrujícím lékařem, je zde započítána i péče v lázních).

**Náklady na ambulantní péči u specialistů v roce 2001**

**Nejvyšší náklady:**

1. logopedie
2. ortopedie
3. ORL.

**Lze zvyšovat kvalitu v primární péči?**

Moje odpověď zní ANO. Nejlépe je začít rozbořením vlastní praxe ať již organizační částí, preskripčním rozbořením či sledováním důvodů vyšetření specialistou a spoluprací jak se specialisty, tak s lůžkovým zázemím.

Je dobře se také zamyslet nad náklady na péči pro naše pojištěnce, pojišťovny nám k tomu poskytují podklady. Bohužel ne vždy to můžeme přímo ovlivnit. Pak je vhodné dát impuls k mezioborovému setkání a vyjednávání našich profesních organizací.

Každá praxe má svá specifika, ne všechny jsou poměřitelné. Moje ordinace je v husté sídlištní zástavbě většího města s dobrou dostupností pro většinu pacientů, máme dobrou dostupnost komplementu i specialistů, máme dobrou nabídku dalších odborností, které do systému vstupují (psychologové, logopedi).