

Bariéry a motivátory onkologické prevence v ČR: perspektiva chronicky (dlouhodobě) nemocných pacientů a role primární péče

Kotherová Z., Kopsa Těšinová J., Angelovská O., Dobiášová K., Tulupová E.

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. LF UK

28. dubna 2025



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

Čím se zabýváme ve vztahu k prevenci

- † Probíhající **hloubkové rozhovory** s cílem zmapovat:
 - ? jak čeští pacienti s chronickými onemocněními vnímají a prožívají svůj pohyb systémem, se zvláštním důrazem na roli praktických lékařů (PL) na jejich cestě,
 - ? jak se role PL propisuje do přístupu pacienta k účasti na preventivních programech.

† Stávající počet respondentů: 25

- † Zaměření na **patient journey** (osobní zkušenost před i po diagnóze)
vs. patient pathway (klinická perspektiva od diagnózy dál)

† Metodologický přístup

- 🔍 Kvalitativní přístup
- 🔍 Sběr dat: rok 2024
- 🔍 Výběr informantů: účelový výběr
- 🔍 Analýza dat (přepis rozhovorů): tematické kódování
- 🔍 Výzkum schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze č. 58/24 S - sociologický výzkum



Informanti

Demografické údaje

- 👤 **Pohlaví** - převažují ženy
- 👤 **Velikost obce** - převažují pacienti z měst
- 👤 **Věk** - všechny kategorie
- 👤 **Geografické zastoupení** - 7 krajů
 - nejčastěji Praha a Ústecký kraj
- 👤 **Vzdělání** - všechny kategorie
 - převažuje středoškolské vzdělání (ISCED 3-4).

Kategorie onemocnění dle PaRIS® OECD

- 👤 12 kategorií onemocnění
(zastoupeny všechny s výjimkou
onemocnění ledvin a demence)

OECD (2025)

Počet onemocnění

- 📌 Jedno 16 pacientů
- 📌 Dvě 6 pacientů
- 📌 Tři a více 3 pacienti

Cesta pacientů systémem: spíše improvizace

Identifikovány čtyři typy cest:

- standardní
- urgentní
- aktivní
- kombinovaná

Formální versus neformální.

PL ne vždy řídí cestu pacienta, často chybí nebo vnímán jako pasivní článek systému.

Typické cesty informantů - většina volí neformální cesty

Cesta k péči složitá, nekoordinovaná a závislá na vlastní aktivitě a/nebo na pomoci známých, rodiny nebo náhodných kontaktů.

Dlouhá diagnostika, chybí návaznost mezi jednotlivými poskytovateli, pacienti postrádají celistvý přístup.

Opakovaná vyšetření, bloudění mezi specializacemi
Ztráta důvěry v PL (a systém)

Prevence jako výsledek balancování: motivátory a bariéry působí současně

Motivátory

- 👍 Prevence jako norma: zdraví jako hodnota, vliv blízkých, osvěta
- 👍 Role lékaře: důvěra, aktivní doporučení, respekt k lékaři
- 👍 Strach z onemocnění: osobní zkušenost, potřeba jistoty
- 👍 Finanční motivace: bezplatnost, benefity
- 👍 Nízká časová zátěž

Bariéry

- 👎 Systémové překážky: role lékaře (pasivita), složitost, chybějící informace
- 👎 Nízké vnímané riziko: „Mám kontroly jinde“, „už je pozdě“
- 👎 Strach: z výsledku, z vyšetření, z diagnózy
- 👎 Pasivita: reaktivní přístup, neinformovanost

Strach a role lékaře (PL): ambivalentní faktory rozhodování

Aktivní, podporující PL → posiluje důvěru a motivaci pacienta
→ může pomoci přeměnit strach v impuls k účasti na prevenci



Role praktického lékaře

Ideální stav → PL jako **průvodce systémem** → informuje, řídí cestu a tím motivuje k prevenci.

Nejednotná realita

Klíčový spojenec

Proaktivní PL



pacienti uváděli větší zapojení
do prevence.

Pasivní článek bez přidané hodnoty

Pasivní/absentující PL

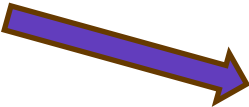


pacienti hledají řešení sami, nebo se obracejí na specialisty
– téměř se neúčastní preventivních programů.

Nikdo ze zúčastněných nezmínil, že by byl na prevenci aktivně zván nebo systematicky připomínán termín – **chybí automatizovaná podpora, pacienti by ji ocenili.**

Klíčová sdělení - co z toho plyne?

Pacienti popisují **system jako nepřehledný a nevstřícný**, často v něm bloudí:

- 👤 svoji cestu si řídí sami nebo
 - 👤 se spoléhají na zprostředkování kontaktu nebo
 - 👤 se obrací přímo na specialisty:
- 
- ovlivňuje jejich účast na prevenci.

Prevence jako osobní úsilí, ne systémová samozřejmost:

- 👤 PL mohou být klíčem – jejich aktivita zvyšuje důvěru i účast na prevenci.
- 👤 Motivace a bariéry působí současně – nestačí jen pozvánka, ale i lidský přístup.
- 👤 Informanti nedostávají systematická upozornění – ocenili by digitální připomínky, automatická zvaní či lepší komunikaci.

Klíčová sdělení - co potřebujeme?

- 👤 PL s časem, nástroji a motivací prevenci skutečně podporovat.
- 👤 Cílenou komunikaci a přizpůsobení potřebám různých skupin pacientů.
- 👤 Lepší sladění prevence s realitou patientských cest – **prevence jako součást hlavního proudu péče**
- 👤 Zapojení digitálních nástrojů – proaktivní zvaní, automatické připomínky, zjednodušení orientace v systému.
- 👤 Zdravotně gramotný systém péče – organizační zdravotní gramotnost (Khorasani a kol. 2020)

Umění nabízet zdravotní péči tak, aby usnadňovaly lidem orientaci, pochopení a motivovaly je (nejen) preventivní služby spotřebovat.

Takeaway message - prevence se neděje sama

Proaktivní zdravotní politika - aktivní podpora prevence napříč resorty, sektory i institucemi i napříč zdravotním systémem

Primární péče jako klíčový prostor - ordinace PL a jejich týmy přirozeným místem pro aktivní podporu prevence – předpoklad potřebných kapacit i motivace.

Organizační zdravotní gramotnost - péče (včetně preventivní) nabízená srozumitelně a přehledně – jinak zůstává nedostupná i pro ty, kdo mají zájem.

Doporučení pro zdravotní politiku:

1. Podporovat organizačně gramotné ordinace PL - základ prevence.
2. Integrovat prevenci do hlavního proudu péče skrze konkrétní nástroje, včetně digitální podpory a cílené komunikace.

Plánovaný výzkum

Cíl:

- 👤 Kvantitativní šetření mezi pacienty s cílem objektivizovat kvalitativní data.
- 👤 Zkoumat roli PL, sester či jiných zdravotnických pracovníků v (nejen) onkologické prevenci a identifikovat příčiny jejich pravděpodobně nízkého zapojení do této oblasti.
- 👤 Možnosti využití digitálních nástrojů ke zlepšení dostupnosti a efektivity (nejen) onkologické prevence.

Děkujeme za pozornost

Ing. Zuzana KOTEROVÁ, Ph.D.

zuzana.kotherova@lf1.cuni.cz

S PODPOROU



**NÁRODNÍ
PLÁN OBNOVY**



**Financováno
Evropskou unií**
NextGenerationEU

Typ onemocnění	Počet respondentů	Podíl (%)
12 (Jiné dlouhodobé potíže)	10	40.0 %
11 (Artritida nebo přetrvávající problém se zády nebo klouby)	7	28.0 %
4 (Rakovina (diagnóza nebo léčba v posledních 5 letech)	6	24.0 %
1 (Vysoký krevní tlak)	4	16.0 %
2 (Kardiovaskulární nebo srdeční onemocnění)	3	12.0 %
9 (Neurologické onemocnění (např. epilepsie nebo migréna)	3	12.0 %
3 (Cukrovka (1. nebo 2. typu)	2	8.0 %
6 (Chronické onemocnění jater)	1	4.0 %
8 (Dýchací potíže (např. astma nebo COPD /Chronická obstrukční plicní nemoc/)	1	4.0 %
10 (Deprese, úzkosti nebo jiný stav duševního zdraví)	1	4.0 %
5 (Chronické onemocnění ledvin)	0	0.0 %
7 (Alzheimerova choroba nebo jiná příčina demence)	0	0.0 %

Srovnání s OECD PaRIS:

paralely v péči o chronicky nemocné

Nízká důvěra v systém

PaRIS: Důvěra Čechů ve zdravotní systém (54%) je pod průměrem OECD.

- ✓ Informanti mluví o „bloudění“ systémem. Důvěra se buduje skrze osobní vztah – často chybí. Prevence a péče se často odehrává navzdory systému, ne díky němu.

Role praktických lékařů

PaRIS: Jen 24 % chroniků uvádí přístup k následné péči v ordinaci PL (podprůměr OECD).

- ✓ PL jako klíčový zprostředkovatel důvěry i prevence. Často chybí, je pasivní nebo nekomunikuje. Pokud je aktivní a vstřícný, výrazně roste důvěra i účast na prevenci.

Digitální gramotnost a autonomie pacientů

PaRIS: Češi nejvíce v Evropě důvěřují zdravotním informacím z internetu (33 %).

- ✓ Systém je málo podpůrný, pacienti si pomáhají sami – nebo tápou. Informanti často sami hledají cestu systémem, spoléhají na vlastní síť a znalosti.

Role NLZP

PaRIS: 86 % pacientů s více onemocněními má v péči zapojený nelékařský personál.

- X Potenciál zapojení širšího týmu není využit – pacienti ho neregistrují.

Prevence jako norma/Strach z onemocnění

Prevence jako norma je motivací těch, kteří vnímají:

- odpovědnost za své zdraví jako součást životního stylu,
- důležitost nejen kvůli možnému odhalení nemoci, ale i jako prostředek ke zlepšení kvality života a dlouhodobé udržení zdraví,
- vliv rodiny a blízkých osob, kteří mohou sloužit jako pozitivní vzor nebo poskytovat podporu v rozhodování o prevenci,
- osvětu přicházející od zdravotních pojišťoven, lékařů, médií nebo rodiny.

„Já to [prevenci] chci, já chci žít co nejdéle a chci být v pohodě. Já nedělám to, co mi řeknou doktoři, jenom, že to musím, já to dělám, protože to chci. To, že se narodíte to je fajn a to že umřete určitě, a mezi tím chci nějak žít. Jo a chci žít v pohodě“ (R2)

Strach z onemocnění:

- osobní zkušenost s nemocí nebo setkání s vážným onemocněním u svých blízkých= prevence jako způsob, jak předejít podobné situaci,
- potřeba jistoty a uklidnění, že jsou zdraví,
- vnímání osobního rizika kvůli svému zdravotnímu stavu nebo rodinné anamnéze,
- možnost objasnit své zdravotní potíže,
- motivace od odborníků, kteří upozorní na potenciální rizika nebo nutnost včasné diagnostiky.

„Já jsem prevenci nikdy nezanedbávala. Chodila jsem na mamograf, dvakrát ročně na gynekologii, jelikož maminka zemřela na nádory vaječníků a myslím si, že je lepší chodit víckrát k doktorovi, než nechodit vůbec. (R21)

Role lékaře (důvěra)/Finanční motivace

Role lékaře a důvěra v něj:

- 👤 aktivita lékařů, kteří pacientům aktivně doporučují a vysvětlují důležitost screeningových programů,
- 👤 důvěra v lékaře hraje zásadní roli v rozhodování – pokud pacient svého lékaře vnímá jako kompetentního a starajícího se o jeho zdraví, je pravděpodobnější, že doporučenou prevenci absolvuje.

„...že [praktička] řekla, poradila nebo pomůže. Protože já jsem se jí třeba zeptala, tak jsme spolu diskutovali. Zнала mé názory prostě ... Takže to bylo super, že jsem to mohla prodiskutovat s tou doktorkou. Takže to mi přišlo jako naprosto super...(R1)

*„...moje praktička .. ta mi vždycky volá...tady vám to propadne ... můžu rovnou objednat, je to takové dost jako naléhavé...“
(R14)*

Finanční motivace:

- 👤 rozhodnutí pro prevenci zejména proto, že je plně hrazen zdravotní pojišťovnou, tedy nepředstavuje finanční zátěž.
- 👤 podpora od zaměstnavatelů (přispívají na preventivní programy nebo je přímo zajišťují v rámci benefitů)
- 👤 role pojišťovny

„Já jsem teď viděla, že VZP má akci, že když jdeš na nějaký takový screening, myslím, že v posledních 2 letech, tak, že ti dají 2000 třeba na masáže nebo na něco. To mi přijde super...“ (R19)

„... vlastně teď už je to podmíněno minimálně u VZP, takže musíš mít tu prevenci u praktika, jinak Ti nedají ten příspěvek. To mě přijde skvěle, to ty lidi opravdu jako motivuje.“ (R11)

Systémové překážky

- vnímání svého PL jako pasivního (prevenci nenabízí nebo na ni neklade důraz)
- pocit, že lékaře motivuje spíše finanční ohodnocení než skutečná snaha o prevenci
- vnímání složitosti zdravotního systému (administrativní a technologické procesy znesnadňující přístup k informacím a objednání na screening)
- dlouhé čekací doby a časová náročnost vyšetření
- neaktivita ZP (možnosti prevence, nedostatek informací)

„Mě odradí prostě to doprošování. Mně prostě, jako mně to vadí, že když člověk prostě jako nezneužívá to, celý život platí zdravotní pojištění, všechno, a pak když má problém, tak vlastně si de facto musí skoro jako doprošovat péče a na všechno čekat. Tak tohle mi strašně vadí.“ (R1)

„mi přijde, že člověk musí strašně moc hledat. Že kdyby například byl nějaký portál, který by ti řekl, OK, jste u VZP, můžete využít takové a takové příspěvky.... Ale každý to musí hledat u své pojišťovny. Není žádná tabulka, nebo jsem jí tedy nenašla, jak to dělat...“(R19)

„No asi jako bych řekla, že něco takového existuje, ale vůbec se o to nezajímám, takže informace ke mně vůbec nejdou, ale vlastně jsem tomu otevřená, to jako ano...“ (R20)

Strach/Pocit'ované riziko/Pasivita

Strach

Prevence vnímána jako stresující (vyšetření odhalí vážné onemocnění), negativní osobní zkušenost s vyšetřením (bolestivost, nepříjemnost), vyšetření považováno za potenciálně škodlivé.

„Mám třeba chlapa, který vůbec na ty preventivky nechce chodit. A teď asi z mé zkušenosti si myslím, že už tam nepůjde nikdy. Že se člověk asi bojí zjistit, že mu řeknou, vy jste nemocnej.“ (R9)

Nízké pocit'ované riziko

Pravidelné kontroly spojené s chronickým onemocněním dostatečné a další screening není nutný, s přibývajícím věkem již nemá smysl podstupovat preventivní vyšetření (omezený přínos).

„...ale já bych řekl tím, že člověk onemocní rakovinou a že se z toho dostane, řekněme jo, tak aspoň v mém případě, tak jsem získal takový nepravdivý dojem, že prostě, že už nic nemůžu dostat, který není, samozřejmě není pravdivý ..já si prostě nehodlám, nebo ne nehodlám, to zní blbě, jako chci žít naplno, nebo prostě, dokavad' to jde, tak to jde, až mě začne něco bolet, tak se začnu starat...“ (R25)

Pasivita

Reaktivní přístup (zdravotní péči vyhledat až v případě potíží), neinformovanost o možnostech prevence (**nikdo** je aktivně neupozornil).

„...já se o své zdraví starám tak, když něco je, tak se snažím se tomu věnovat, ale pak se s tím už nechci zabývat.“ (R27)