



# PRIMÁRNY KONTAKT

ROČNÍK 3  
02/2015

INFORMÁCIE NA JEDNOM MIESTE

Erektálna dysfunkcia

PVP-I univerzálne  
dezinficiens v ambulancii

Kongres SVLS v Žiline

Pozvánka na Fórum  
artériovej hypertenzie

Čo s nepeňazným  
plnením?

Vy sa pýtate,  
my odpovedáme

Téma čísla:  
**Právo v ambulancii  
všeobecného lekára**



Milí kolegovia,

vznikla Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS). Nová odborná spoločnosť zastrešujúca všeobecných lekárov. Cieľom spoločnosti je vytvoriť LEKÁRSKU IZBU, ktorá nám tak chýba. Sme si navzájom vzdialení, už sa medzi sebou nerozprávame, cítime sa sami.

Potrebuje prinavrátiť nášmu odboru jeho pôvodné poslanie a postavenie. V poslednom období zažili naše odborné spoločnosti turbulentné časy. Aj preto sa mienkotvorní všeobecní lekári z praxe spojili – aby presadzovali iný spôsob myslenia, iný spôsob komunikácie a iný spôsob presadzovania svojich myšlienok. Je veľmi dôležité mať za sebou odbornú spoločnosť jednotnú a rešpektovanú. LEN SPOLU SME SILNÍ – len spolu dokážeme byť životaschopní.

ponúkame novú ideu presadzovania našich myšlienok na odbornom aj spoločenskom poli. Chceme, aby sa všeobecný lekár pri riešení svojich problémov mal na koho obrátiť a mal prístup ku komplexnej a cielenej starostlivosti. Odbornej, organizačnej, právnej a finančnej.

Väčšina nášho života prebieha v ambulanciách, kde sa staráme o pacientov. Veľká časť tejto práce má podobu administratívnych úkonov. Naša pozícia si vyžaduje aktívnu komunikáciu s vyššími územnými celkami, s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a so zdravotnými poisťovňami. Orientácia v spleti zákonov, ktoré majú priamy alebo nepriamy dosah na našu prácu, je zložitá, ale zároveň veľmi dôležitá. Platí jedna podstatná vec – len dodržiavaním zákonných pravidiel sme v konfliktných situáciách a pri následnej kontrolnej činnosti chránení pred sankciami. Aj nové odborné usmernenia o delegovaných odberoch, predoperačných vyšetreniach či arteriovej hypertenzii nás chránia od chýb a nastolujú nám jasné pravidlá. Ich nedodržiavanie však vedie k možnosti udeliť nám pokuty.

Naša práca je službou všeobecného hospodárskeho záujmu. Sme zaťažení množstvom odbornej, administratívnej aj organizačnej práce. Pracovné vyťaženie sa mnohokrát podpisuje na našom fyzickom aj psychickom

stave. Ak by sme však chceli odmietnuť poskytnutie zdravotnej starostlivosti, okrem neodkladnej, nie je taxatívne určené, kedy tak môžeme urobiť. Možné to je len pri uzatvorení dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Odstúpiť od dohody je možné len pri prekročení únosného pracovného zaťaženia, alebo ak sme s pacientom v takom osobnom vzťahu, ktorý nezaručuje objektívne hodnotenie jeho zdravotného stavu. Nie je však priamo verifikované, čo je únosné pracovné zaťaženie. Jedná sa o subjektívny pocit. A ten nie je právne relevantný.

Ešte väčšie množstvo nástrah na nás čaká pri výkone lekárskej služby prvej pomoci (LSPP). Iné prostredie, iní ľudia a neznalosť sociálnych aspektov komplikujú našu prácu. O to viac sa v SVLS zaoberáme konečným riešením a vyriešením problému s názvom LSPP.

Vzťah medzi pacientom a lekárom sa má riadiť dobrými mravmi. Je to právnický výraz. Zahŕňa slušné správanie pacienta v čakárni a v ambulancii, primeranú hlasitosť prejavu, zdvorilé správanie voči iným pacientom. Vybočenie z týchto medzi je v stupni priestupku. Ktorý lekár žiadal na príslušných inštitúciách riešenie svojho pacienta za nevhodné správanie?

Vytvárame odborné usmernenia, pripravujeme štandardné diagnostické a terapeutické postupy. Nejde o odporúčania, ale o podzákonné normy, ktoré jedine sú relevantné v ochrane lekára. Každá odborná pripomienka, každá

snaha o zlepšenie v našej odbornosti je vítaná. Spolupracujte s nami.

Všeobecné lekárstvo svojou povahou prináša každodenne množstvo otáznych a neštandardných situácií. Verím, že aj v tomto čísle Primárneho kontaktu, rovnako ako v radoch SVLS, nájdete riešenia pre viaceré z nich a získate užitočné poznatky pre vašu odbornú prax.

Podporte nás preto, vstúpte do našej odbornej spoločnosti – spolu vytvoríme všeobecné lekárstvo, zanecháme dedičstvo pre ďalšie generácie.

MUDr. Jana Striško Senčáková, MPH



**Primárny kontakt, ročník 3, 2015 / Číslo 2 /** Vychádza 4-krát ročne / **Dátum vydania:** júl 2015 / **Nepredajné** / Registrácia MK SR pod číslom EV 4892/13 / ISSN 1339-5009 / **Predsedníčka redakčnej rady:** MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA / **Redakčná rada:** MUDr. Andrea Černianska, MUDr. Patrícia Eftimová, MPH, MUDr. Martina Jandzíkova, MUDr. Kamil Száz / **Vydavateľ a sídlo vydavateľstva:** Health Strategies, s. r. o., IČO: 47 443 341, G. Bethlena 22, 940 76 Nové Zámky / **Zodpovedná redaktorka:** Mgr. Irena Lányiová, e-mail: redakcia@primarnykontakt.sk / **Marketing:** advertising manager: Ing. Judita Mészárosová, 0904 658 348, e-mail: inzercia@primarnykontakt.sk, marketing@primarnykontakt.sk / **Grafická úprava a sadzba:** Rastislav Janča / **Tlač:** Magenta, s. r. o. / **Foto:** archív vydavateľstva, autori, fotolia.com / **Foto na titulnej strane:** fotolia.com / Všetky publikované články prechádzajú recenziou. / Akákoľvek časť obsahu časopisu Primárny kontakt nesmie byť akýmkoľvek spôsobom kopírovaná alebo rozmnožovaná a v akejkoľvek forme (mechanickej, fotografickej, xerografickej či elektronickej) bez písomného súhlasu spoločnosti Health Strategies, s. r. o., ako vlastníka autorských práv. / O zhotovovanie a zasielanie kópií stránok či jednotlivých článkov publikovaných v časopise Primárny kontakt možno žiadať výlučne redakciu alebo vydavateľa časopisu. / Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov a inzerátov.

Časopis Primárny kontakt je indexovaný v Bibliographia medica Slovaca a zaradený do citačnej databázy CiBaMed. Citačný index: Prim. kontakt.





<b>Rozhovor</b>	5 – 7
<b>Štúdium medicíny a roky ďalšieho vzdelávania som si nevybrala preto, aby som v bielom plášti vypisovala výmenné lístky</b>	
MUDr. Iveta Vaverková, MPH Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Bratislava Viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska	
<b>Téma čísla</b>	8 – 13
<b>Dovoľujú platné zákony neurobiť pacientovi všetko, o čo požiada?</b>	
JUDr. Karol Vojtko, HPL spol. s r. o., Bratislava	
<b>Manifest SVLS</b>	14
<b>Novinka v terapii</b>	16 – 17
<b>Avanafil – nový liek na liečbu erektilnej dysfunkcie</b>	
<b>Dapoxetín – zatiaľ jediný liek indikovaný na liečbu predčasnej ejakulácie</b>	
MUDr. Ivan Kubiš, urológ, sexuológ, Diagnosticko-preventívne centrum, Banská Bystrica	
<b>Ambulantná prax</b>	18 – 24
<b>Povidonum iodatum (PVP-I): univerzálne širokospektrálne pôsobiace dezinficiens v ambulancii aj mimo nej</b>	
MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Medires, s. r. o., Nové Zámky	
<b>Metabolické ochorenia</b>	25 – 30
<b>Kombinačná hypolipidemická liečba v klinickej praxi</b>	
MUDr. Lubomíra Fábryová, PhD. Metabol KLINIK, s. r. o., Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy Špecializovaná lipidologická ambulancia, MED PED centrum, Bratislava	
<b>Legislativa</b>	33
<b>Nepeňažné plnenie – sústavné vzdelávanie a povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</b>	
MUDr. Rudolf Straka, FOX Consulting, s. r. o., Nová Dedinka	
<b>Kongresy a konferencie</b>	34 – 37
<b>Kongres Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska bol mimoriadne úspešný</b>	
MUDr. Iveta Vaverková, MPH, viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska	
<b>Vy sa pýtate, my odpovedáme</b>	38
<b>Môže lekárnik opraviť lekárom vypísaný recept?</b>	
Na otázky odpovedá MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo	

# Štúdium medicíny a roky ďalšieho vzdelávania som si nevybrala preto, aby som v bielom plášti vypisovala výmenné lístky

MUDr. Iveta Vaverková, MPH

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Bratislava

Viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 5 – 7.



**Pracujete ako všeobecná lekárka v Bratislave. Pôvodne ste však pracovali v nemocnici a pre všeobecné lekárstvo ste sa rozhodli neskôr. Čo Vás k tomu viedlo?**

Po ukončení lekárskej fakulty som necelý rok pracovala na oddelení neinfekčnej epidemiológie vtedajšieho Úradu verejného zdravotníctva SR, neskôr ako sekundárny lekár v nemocnici. Po atestácii z vnútorného lekárstva som si mohla vybrať z nadstavbových špecializácií, ktoré mi neboli veľmi blízke a aj ďalšie životné okolnosti ma priviedli na myšlienku venovať sa všeobecnému lekárstvu. Prácu na „obvode“ som poznala cez mamu, ktorá pracovala ako detská lekárka. Vedela som, že to síce nie je ľahké, ale zato pestré.

**Ste so svojím rozhodnutím spokojná? Naplnili sa Vaše očakávania?**

Zo začiatku bol pre mňa rozdiel medzi prácou v nemocnici a v ambulancii veľký. Musela som zmeniť myslenie a naučiť sa pracovať s inými možnosťami diagnostiky aj liečby. Pribudli nové tlačivá, obmedzenia. A hlavne, nikde som nenašla žiadny ucelený návod, ako na to. Bohužiaľ, vtedajšia náplň atestácie zo všeobecného lekárstva

ma to nenaučila. Chvíľu mi to trvalo. Učila som sa od kolegov. Vo všeobecnej ambulancii pracujem 13 rokov. Sú dni, keď som z toho vyčerpaná, asi to pozná každý. Celkovo som veľmi spokojná. Mám zorganizovanú prácu tak, aby mi to vyhovovalo a snažím sa, aby bola spokojnosť aj na strane pacienta.

**Medzi lekármi rezonuje legislatívne zrušenie poplatkov za prednostné vyšetrenie. V médiách sa opakovane objavujú názory, že pacienti o ne lekárov žiadajú. Myslíte si, že pre všeobecných lekárov naozaj znamenajú významný výpadok príjmov?**

Napriek tomu, že pracujem v Bratislave a mám prevahu pacientov v produktívnom veku, využiteľnosť možnosti prednostného vyšetrenia bola minimálna. Pre moju ambulanciu zrušenie poplatku za prednostné ošetrenie nie je ekonomicky významné.

**Za ktoré úkony vyberáte vo svojej ambulancii poplatky a akú formu ich evidencie ste zvolili?**

Platené služby sa týkajú úkonov, ktoré nie sú v zozname výkonov hradených z verejného zdravotného poistenia. Sú to vyšetrenia kvôli potvrdeniu rôznych preukazov, pre rôzne inštitúcie a potreby klientov. Od začiatku som zvolila evidenciu platieb formou virtuálnej pokladnice. Predtým sme tlačili príjmové doklady, takže časovo je to rovnaké, taká istá je aj spotreba materiálu.

**Pôsobíte ako viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska. Je evidentné, že lekári, ktorých SVLS združuje, majú záujem o modernú a akčnú podobu všeobecného lekárstva. Po viacerých rokoch strávených prácou v inej odbornej spoločnosti ste sa rozhodli pre zásadnú zmenu. Čo Vás k tomu viedlo?**

Štúdium medicíny a roky ďalšieho vzdelávania som si nevybrala preto, aby som v bielom plášti vypisovala výmenné lístky a kontrolovala dobu platnosti odporúčenia špecialistu na predpis nejakého lieku. Hľadala som informácie a možnosť diskutovať o odborných, ale aj každodenných prevádzkových problémoch v ambulancii. Preto som začala pracovať v odbornej spoločnosti. Bol a je to pre mňa priestor na získanie nových vedomostí a infor-

mácií o rozvoji a smerovaní nášho odboru, ako aj možnosť výmeny skúseností s kolegami zo zahraničia. Vždy tu bola snaha odbornej spoločnosti o zlepšenie našich pracovných podmienok. Ak však chcete niečo zmeniť, musíte zmenu vytvoriť a ponúknuť. Nedá sa stále iba kritizovať a čakať, že „štát“, „ministerstvo“ to zmení. Vždy je to o dialógu a diskusii. Na dialóg potrebujete vôľu a na diskusiu tému „o čom“. Pripraviť rozumné návrhy a konkrétne postupy. Potom získate aj partnera – „štát“, „ministerstvo“ – na diskusiu. A práve tento prístup – pripraviť konkrétne návrhy a kultivovane o nich diskutovať – majú moji kolegovia, s ktorými sme sa rozhodli, že chceme a skúsime pre všeobecné lekárstvo (teda pre nás všetkých) vyargumentovať lepšie podmienky na prácu. Kultivovanosť, odbornosť a profesionalita je pre mňa dôležitá. Je to o forme a prístupe, ktoré rozhodli o tom, že sa budem podieľať na založení novej odbornej spoločnosti. Prvé úspechy už máme.

#### **Ako sa dokázali lídri všeobecných lekárov dohodnúť, keď sa roky hovorilo o ich rozkole?**

Asi to nebolo ľahké pre žiadneho z nás – to je môj názor. Mňa „žabomyšie“ vojny vyčerpávajú. Každý z nás je emotívny a každý potrebuje iný čas na spracovanie emócií. Nájst vôľu sadnúť si spolu nebolo ľahké, zhodnotiť, či zažitá „osobná krivda“ má dôležitejšiu úlohu ako naša spolupráca. Práve to, že každý z nás mal vôľu a dokázal otvorene hovoriť o tej „svojej osobnej krivde“, nás dokázalo posadiť za jeden stôl, nájsť nadhľad a spojiť sa pre dôležitejšie idey. Potreba zjednotenia všetkých všeobecných lekárov a presadzovania našich potrieb pri jednaní s partnermi je pre rozvoj odboru zásadná. Žiadne združenie zložené z lekárov rôznych špecializácií nedokáže presadiť to, čo potrebujeme. V programovom vyhlásení našej spoločnosti máme „Spoločne sme silní“, tak si za tým ideme.

#### **Na jeseň 2014 sa uskutočnil zaujímavý vzdelávací seriál v krajských mestách Slovenska, ktorý spoločne zorganizovali všeobecní lekári, Všeobecná zdravotná poisťovňa a Ministerstvo zdravotníctva SR na tému tzv. predoperačných vyšetrení a delegovaných odberov. Aké naň boli odozvy?**

Celý organizačný tím bol veľmi milo prekvapený záujmom kolegov o tieto témy. Odozvy boli naozaj veľmi pozitívne. Kolegovia vnímali informácie ako potrebné a taktiež forma vzdelávania bola hodnotená kladne. Do niektorých miest sme vycestovali opakované a témy prediskutovali znova. Pre značný dopyt sa chystáme niečo podobné pripraviť pre kolegov opäť. Najväčší problém nám však robí nedostatok „ľudí“: všetci súčasne pracujeme v našich ambulanciách a stíhať všetku prácu je časovo aj logisticky náročné. Takže radi privítame ďalších kolegov v našich „vzdelávacích radoch“, aby sme mohli vyhovieť všetkým požiadavkám na regionálne vzdelávanie. Verím, že sa k nám pridajú.

#### **Ako sa Vám pracuje ako viceprezidentke vo výbore SVLS?**

Moji kolegovia sú „múdri nadšenci“. Oceňujem na nich schopnosť konštruktívnej diskusie a vôľu hľadať spô-

soby, ako sa veci dajú urobiť. Od začiatku našich stretnutí sme diskutovali o smerovaní a spôsobe dosahovania cieľov. Čo chceme, prečo to chceme a ako to budeme robiť. Každý sa dobrovoľne rozhodol, že do toho chce ísť. Hlavným cieľom našej odbornej spoločnosti je rozvoj, podpora a ochrana odboru všeobecného lekárstva. Za dôležitú považujeme aj spoluprácu s lekáorskými fakultami pri propagácii nášho odboru, spoluprácu na rezidentskom programe a spoluprácu so sestrami. Sme veľmi rôzni a to je prínosom pre nové nápady, ktoré nás posúvajú dopredu. Výmena skúseností a vedomostí funguje aj vo výbore. Hoci nemáme na všetko rovnaké názory, rokovania prebiehajú vždy v príjemnej atmosfére. Práca a výsledky, ktoré sme už doteraz dosiahli, majú veľký zmysel a význam. Toto ma presvedčilo, že spôsob, ktorý sme zvolili, je dobrý a kolegovia ho prijímajú, sú spokojní.

#### **Pred mesiacom sa uskutočnil kongres SVLS v Žiline. Odozva naň je medzi všeobecnými mimoriadne pozitívna. Čomu to pripisujete?**

Pri zostavovaní programu sme sa snažili priniesť aktuálne témy, ktoré sú potrebné pre našu ambulantnú prax a ktoré nás trápia. Sme veľmi radi, že naše pozvanie prijali aj hlavní odborníci pre kardiológiu (doc. Kamenský) a vnútorné lekárstvo (prof. Payer), s ktorými sme tvorili nové odborné usmernenie pre liečbu hypertenzie. Zloženie prednášateľov tak reprezentovalo spoluprácu medzi všeobecným lekárom a špecialistom. Myslím, že aj toto vnímali kolegovia pozitívne. Vytvorili sme priestor pre rezidentov, medikov a pre vzdelávanie sestier. Snažili sme sa so všetkými komunikovať a získavať podnety na ďalšiu prácu. Veľmi sa osvedčil aj stánok našej odbornej spoločnosti, kde sme mali možnosť posediť a diskutovať s našimi kolegami.

#### **Kongres navštívil aj minister zdravotníctva Viliam Čisťák, ktorý podporil rozvoj všeobecného lekárstva na Slovensku. Čo to podľa Vás znamená v praxi?**

Návštevu pána ministra vnímam ako signál pre odbornú verejnosť, že odbor všeobecné lekárstvo je dôležitou súčasťou systému slovenského zdravotníctva a je oň záujem zo strany štátu. Bola by som veľmi rada, ak by to konečne znamenalo, že sa začne budovať primárna zdravotná starostlivosť na európskej úrovni. Že všeobecný lekár dostane potrebné kompetencie, aby systém poskytovania zdravotnej starostlivosti mohol byť pre štát efektívny. Že sa bude pokračovať v prestavbe „domu“ od základov, kde zateká, a nie od strechy a druhého poschodia. Nastavenie na fungujúci systém je dlhodobá záležitosť. Bude potrebné, aby si to uvedomili všetci ďalší ministri a zachovali kontinuitu v budovaní systému. Momentálne podporné kroky ministerstva sú pre súčasnosť aj budúcnosť nášho odboru zásadné a veľmi prospešné.

#### **Na kongrese rezonovala aj téma centier integrovanej zdravotnej starostlivosti. Časť lekárov ich kategoricky odmietla, časť má o ne výrazný záujem. Príkladom sú iniciatívy z okolia Trenčína, Žiliny aj hornej Oravy. Čím je spôsobená polarita názorov?**

Podľa mňa je to spôsobené nie práve zrozumiteľnými



informáciami, ktoré sme dostali už na začiatku projektu. Dalo to priestor na vznik rôznych fám a „zaručených“ scenárov. Vyjadrovali sa k tomu aj ľudia, čo nemali žiadne objektívne informácie. Vo všetkom tom zmätku zanikla podľa mňa podstatná informácia, že o financie na rekonštrukciu, či vybudovanie centra majú požiadať samotní lekári v spolupráci so samosprávou, alebo samospráva v spolupráci s lekármi. Z tohto pohľadu mi nepripadá, že je to povinné a likvidačné. Kompetentní by mali poskytnúť zrozumiteľné informácie, čo vznik centra integrovanej zdravotnej starostlivosti znamená. Predišlo by sa tak zbytočnej „hystérii“.

### **Vráťme sa ešte k odbornému programu kongresu. Ktoré témy zaujali lekárov najviac a prečo?**

Okrem už spomínanej témy artériovej hypertenzie to boli bloky venované právu. V tejto oblasti máme ako lekári veľké rezervy. Sme vysoko špecializovaná profesia, vyžaduje sa od nás kontinuálne vzdelávanie sa v odbore a zároveň sme veľmi psychicky vyťaženi prácou s ľuďmi. Sledovanie rýchlych zmien nielen v oblasti právnych úprav je veľakrát nad naše sily. A pritom, ak sa nebudeme chrániť sami, nikto to za nás neurobí. Stále platí staré známe „neznalosť zákona neospravedlňuje“. Takže aj toto je oblasť, kde chce naša odborná spoločnosť byť všeobecným lekárom nápomocná. Poučiť a naučiť nás, ako sa chrániť.

### **Prezidentka SVLS Monika Palušková vo svojom príhovore na kongrese vyslovila názor, že stretnutia lekárov na odborných podujatiach im nahrádzajú „lekársku izbu“, ktorú všeobecní lekári nemajú. Potrebujú miesto, kde sa môžu poradiť, kde nájdu pomoc a pochopenie, kde sú kolegovia, ktorých trápia rovnaké problémy – o to ľahšie spoločne nájdu riešenie. Súhlasíte s týmto tvrdením?**

Určite áno. Každý z nás pracuje vo vlastnej ambulancii. Má to svoje výhody aj nevýhody. Medicína je o konzultácii. Nie vždy všetko prebieha podľa učebnice a ako sa hovorí, „viac hláv, viac rozumu“. Mne osobne veľmi chýbajú stretnutia menšieho rozsahu, kde by som si s ďalšími spolupracovníkmi vymenila názory, prediskutovala problémy a aj sa niečo nové dozvedela, naučila. S kolegynou už dlhšiu dobu premýšľame, ako by sme to vymysleli v našom regióne.

### **Čo priniesol kongres účastníkom okrem odborných prednášok?**

Počas dňa mali kolegovia k dispozícii aj priestor s posedením v štánku našej odbornej spoločnosti a piatkový spoločenský večer sme koncipovali ako „diskusný“. Atmosféra bola veľmi príjemná. Na kongrese som stretla niekoľko známych, s ktorými sme sa nevideli roky, pospomínali sme na staré časy, prebrali novinky – čo nového doma aj v práci. Zabavili sme sa.

**Čísla, ktoré v súvislosti s tzv. predoperačnými vyšetreniami prezentovala na kongrese prezidentka SVLS Monika Palušková, sú zaujímavé. Podľa nich sa na Slovensku za prvých 7 mesiacov platnosti odborného usmer-**

**nenia vykonalo približne 15 000 tzv. predoperačných vyšetrení. Treba navyše zdôrazniť, že obe súkromné zdravotné poisťovne tento výkon zazmluvnili s výrazným časovým odstupom. Čakali ste to?**

V kútiku duše aj áno. Príprava nekomplikovaného pacienta nemôže robiť problém žiadnemu lekárovi s atestáciou. Verím, že po intenzívnejšej komunikácii s „váhajúcimi“ kolegami sa toto číslo ešte zvýši. Je potrebné si doplniť alebo obnoviť niektoré zručnosti. Preto aj naša odborná spoločnosť pripravuje ďalšie vzdelávacie aktivity vo forme Akadémií. Kolegov o nich už informujeme na našej webovej stránke a v časopise Primárny kontakt.

### **Prečo ich teda niektorí všeobecní lekári nevykonávajú? Majú obavu zo zodpovednosti alebo im chýbajú skúsenosti či prístrojové vybavenie?**

Ako som spomínala, je to o zručnostiach. Myslím, že miernu obavu majú z vyhodnotenia záznamu EKG. Každý lekár pri štátnicových skúškach či atestácii zo všeobecného lekárstva musí vedieť vyhodnotiť elektrokardiogram. Nevhodne nastavený systém, ktorý nám v posledných rokoch neumožňoval vykonávať a hodnotiť záznamy EKG, podľa môjho názoru spôsobil, že niektorí kolegovia v tejto činnosti už nemajú potrebné sebavedomie a rutinu. Je to ale o každodennej praxi. Prístrojové vybavenie je v súčasnej dobe prístupné v rôznych cenových hladinách a nepredpokladám, že by to pre väčšinu ambulancií mal byť finančný problém. A zodpovednosť je predsa za každý úkon, ktorý v ambulancii vykonáme. Ak ho vieme urobiť správne, môžeme zaň niesť zodpovednosť.

### **Kolko predoperačných vyšetrení vykonávate vo svojej ambulancii týždenne? Majú pacienti o tento výkon záujem?**

Je to rôzne, v priemere tak 5 predoperačných vyšetrení za týždeň. Pacienti oceňujú, že sú vybavení bez čakania a behania od dverí k dverám. Objednávame si ich vo vyhradenom čase bez poplatku. Sestra mi kompletne pripraví všetky podklady a ja sa môžem pacientovi plne venovať. Funguje nám to dobre.

### **Aké sú prvé ohlasy medzi Vašimi pacientmi na nový manažment liečby hypertenzie u všeobecných lekárov?**

Určite pozitívne. Pacienti vítajú, že nemusia chodiť každé tri mesiace k ďalšiemu lekárovi. Možno by ich bolo aj viac, len sú limitovaní predpisovaním niektorých liekov viazaných na špecialistu – najčastejšie retardované formy betablokátorov či novšie molekuly sartanov, ktoré sú napríklad v susednej Českej republike prístupné aj všeobecnému lekárovi. Paradoxy Slovenska.

***MUDr. Iveta Vaverková, MPH** vyštudovala odbor všeobecné lekárstvo na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Pôsobila na Úrade verejného zdravotníctva SR, v Univerzitnej nemocnici Bratislava v Ružinov. Od roku 2002 vedie vlastnú ambulanciu všeobecného lekára pre dospelých. Bola prezidentkou a viceprezidentkou Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti, od roku 2014 je viceprezidentkou Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska.*

# Dovoľujú platné zákony neurobiť pacientovi všetko, o čo požiada?

JUDr. Karol Vojtko

HPL spol. s r. o., Bratislava

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 8 – 13.

„...Spôsob svojho života zasväťím podľa vlastných síl a svedomia úžitku chorých a budem ich ochraňovať pred každou krivdou a bezprávím. Ani prosbami sa nedám prinútiť na podanie smrtiaceho lieku, ani sám nikdy na to nedám podnet. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnanie plodu. Svoj život a svoje umenie vždy budem chrániť v čistote a udržím ich bez akejkoľvek viny. Sám neuskutočním rez u nijakého chorého, ktorého trápia kamene, ale odovzdám ho do rúk mužom skúseným v tomto odbore...“

(výňatok z Hippokratovej prísahy<sup>1</sup>)

## Nahliadnutie do problematiky

Predstavme si nasledujúce modelové situácie, v ktorých sa všeobecný lekár môže ocitnúť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Pacient sa domáha celého spektra laboratórnych diagnostických vyšetrení, aj keď jeho zdravotný stav nenasvedčuje o ich potrebnosti.
2. Pacient je mierne prechladnutý a požaduje, aby mu lekár predpísal antibiotiká, aj keď jeho ochorenie si zjavne antibiotickú liečbu nevyžaduje.
3. Pacient má v blízkosti oka kožný výrastok a požaduje od všeobecného lekára jeho okamžité odstránenie s tým, že nemá čas chodiť k lekárovi-špecialistovi.
4. Pacient požaduje od všeobecného lekára okamžité sonografické vyšetrenie žlčníka, nakoľko ho pobolieva oblasť pod pravým rebrom, avšak všeobecný lekár sonografický prístroj vo svojej ambulancii nemá.

V týchto prvých štyroch prípadoch sa pacient pri rozhodovaní o poskytovanej zdravotnej starostlivosti stavia do pozície lekára. Pacient chce byť manažérom poskytovanej zdravotnej starostlivosti a lekár má len vykonať zdravotnícke výkony, zadané pacientom.

5. Pacient už v minulosti nezaplatil lekárovi za poskytnutú nadštandardnú zdravotnú starostlivosť, hoci lekára o jej poskytnutie sám požiadal, a to ani napriek lekárovým výzvam.
6. Pacient je vulgárny k ostatným pacientom v čakárni aj k lekárovi samotnému.
7. Pacient je agresívny a ohrozuje lekára na živote a zdraví.
8. Pacient lekára, či už v čakárni, alebo na sociálnych sieťach ohovára a šíri o ňom nepravdivé informácie.
9. K lekárovi príde na ošetrovanie pacient, s ktorým je lekár v súdnom spore.
10. K lekárovi príde na ošetrovanie pacient, ktorý fyzicky ublížil jeho rodinnému príslušníkovi.

V ďalších šiestich prípadoch je lekár zo strany pacienta

viac alebo menej objektívne či subjektívne negatívne dotknutý, resp. aj poškodený, a to buď priamo (jeho vlastná osoba) alebo nepriamo (napr. prostredníctvom lekárových zamestnancov, kolegov, iných pacientov, rodinných príslušníkov a pod.).

11. K lekárovi príde pacient, ktorý trpí veľkými bolesťami z dôvodu nevyliciteľnej choroby a požaduje od lekára, aby ho bezbolestne usmrtil, alebo aby mu pri samovražde aspoň asistoval, fyzicky či radami.
12. K lekárovi príde žena a požiada ho o výkon, ktorého cieľom je smrť ľudského plodu (nascitura).

Vo vyššie uvedených prípadoch eutanázie a umelého potratu pacient lekára nepoškodzuje, a to ani priamo, ani nepriamo. Od lekára sa však domáha výkonov v rozpore so základným právom každého človeka – právom na život.

13. Lekár je kapacitne vyťažovaný, no pacient sa aj tak domáha vyšetrenia.
14. Lekárovi príde počas jeho ordinačných hodín náhle zle, avšak na ošetrovanie čakajú ešte ďalší pacienti.
15. Lekár už prekročil rozsah, resp. limit úhrady zdravotnej starostlivosti dohodnutý v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou a v čakárni má ďalších pacientov, ktorí čakajú na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Posledné tri prípady spočívajú v osobe lekára. Lekár je tu dotknutý vo sfére svojej pracovnej únosnosti, fyzického zdravia a práva na odmenu za vykonanú prácu.

Má lekár povinnosť jednorazovo poskytnúť či pravidelne poskytovať pacientovi zdravotnú starostlivosť aj vo vyššie uvedených prípadoch? Existuje právo lekára odmietnuť jednorazové poskytnutie či pravidelné poskytovanie zdravotnej starostlivosti nejakému pacientovi? Ak áno, tak z akých dôvodov a pri dodržaní akých podmienok? Existujú vôbec nejaké dôvody, ktoré musia nastať a podmienky, ktoré je nutné dodržať, aby lekár zdravotnú starostlivosť poskytnúť nemusel? Dovoľujú platné zákony neurobiť pacientovi všetko, o čo požiada?

## Právne vymedzenie

Pri právnom vymedzení vyššie načrtnutých otázok je potrebné vychádzať predovšetkým z nášho vnútroštátneho právneho poriadku. Ustanovenie čl. 168 ods. 7 Zmluvy o fungovaní Európskej únie<sup>2</sup> v prvej vete hovorí, že sa rešpektuje zodpovednosť členských štátov za vymedzenie ich zdravotnej politiky, za organizáciu a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti. Taktiež Charta základných práv Európskej únie<sup>3</sup>, ktorá má rovnakú právnu záväznosť a silu, ako majú zakladajúce zmluvy Európskej únie, v čl. 35 ustanovuje: „Každý má právo na

*prístup k preventívnej zdravotnej starostlivosti a právo využívať lekársku starostlivosť za podmienok ustanovených vnútroštátnymi právnymi predpismi a praxou. Pri tvorbe a uskutočňovaní všetkých politik a činností Únie sa zabezpečí vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia.“*

Vzhľadom na naše vnútroštátne právo sa zjavne dostáva do konfliktu právo pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (jednorazové aj pravidelné) uvedené v našej legislatíve priamo v § 11 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“<sup>44</sup>): „Každý má právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.“ s právom lekára na odmietnutie poskytovania zdravotnej starostlivosti (jednorazového i pravidelného), ktoré v našej legislatíve priamo a výslovne uvedené nie je. Platná legislatíva ustanovuje len právo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na odmietnutie návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti z taxatívne vymenovaných dôvodov.

Skôr než sa pozrieme na obe tieto práva stojace oproti sebe, musíme si zodpovedať otázku, čo vlastne pod zdravotnou starostlivosťou rozumieme. Ustanovenie § 2 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti ju vymedzuje ako: „...súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len „osoba“), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.“

Od poskytovania zdravotnej starostlivosti samotnej je potrebné odlišovať súvisiace služby, medzi ktoré zákon o zdravotnej starostlivosti v § 13 zaraďuje napr. aj poskytovanie stravovania počas poskytovania ústavnej starostlivosti, dopravu pacienta, prepravu jeho biologických vzoriek, vypracovanie lekárskeho posudku, poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie a ďalšie.

Sám zákonodarca v § 4 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti poskytovanie zdravotnej starostlivosti definuje ako službu vo všeobecnom hospodárskom záujme. Je potrebné si uvedomiť, že ostatné služby, napr. poskytovanie manikúry, krajčírskych činností, stavebných prác, chov dobytka a pod. zákonodarca za služby všeobecného hospodárskeho záujmu nepovažuje, aj keď niektoré sú určite veľmi dôležité.

Zdravotná starostlivosť sa podľa § 4 ods. 2 zákona o zdravotnej starostlivosti vždy poskytuje vo vzťahu k chorobe určenej zdravotníckym pracovníkom. *Pacient zdravotníckym pracovníkom nie je.* V zmysle § 4 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti zdravotnú starostlivosť je povinný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytovať „lege artis“, t. j. správne, s uskutočnením všetkých zdravotníckych výkonov na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia pacienta alebo zlepšenia jeho zdravotného stavu pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy. Poskytnutiu zdravotnej starostlivosti má predchádzať poučenie pacienta a jeho informovaný súhlas, pričom zákon o zdravotnej starostlivosti v § 6 ods. 9 pamätá aj na logické

výnimky, kedy sa informovaný súhlas nevyžaduje, napr. pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ak ho nemožno získať včas, ale je ho možné predpokladať.

Právo pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vyplýva priamo z našej ústavy, konkrétne čl. 40 zákona č. 460/1992 Zb. Ústavy Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov (ďalej len ako „ústava“<sup>45</sup>) ustanovuje: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky, ktoré ustanoví zákon.“ Toto ústavné právo však neplatí absolútne, ale sú stanovené jeho hranice, a to ústavou samotnou a platnými zákonmi. Obmedzenia tohto základného práva musia platiť rovnako pre všetky prípady, ktoré spĺňajú stanovené podmienky a pri jeho obmedzení sa musí dbať na jeho podstatu a zmysel, vzhľadom na stanovený cieľ.

Príklad ústavného obmedzenia: Podľa ústavy má právo na ochranu zdravia každý. Teda aj žena, aj muž, aj dieťa, aj homosexuál, aj občan Slovenskej republiky, aj občan iného štátu atď. Avšak právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť už podľa ústavy nemá každý, ale len občan Slovenskej republiky, a to na základe zdravotného poistenia. Toto ústavné obmedzenie neznamená, že by nemal nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike aj cudzinec po splnení zákonných podmienok, ktoré sú upravené v zákone č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej ako „zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti“<sup>46</sup>) a v zákone č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej „zákon o zdravotnom poistení“<sup>47</sup>). Predmetné ústavné obmedzenie má skôr za cieľ, aby Slovenská republika nebola celosvetovou cieľovou stanicou zdravotníckej turistiky na náklady jej občanov.

Príklad zákonného obmedzenia: Ustanovenie § 11 ods. 3 prvá veta zákona o zdravotnej starostlivosti hovorí: „Výkon práv a povinností vyplývajúcich z tohto zákona musí byť v súlade s dobrými mravmi.“ Pacient teda nemôže realizovať svoje právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako sa mu zachce, ale len v súlade s dobrými mravmi. Dobré mravy sú: „...súbor nepísaných významných spoločenských a mravných pravidiel, ktoré sú v danej spoločnosti v prevažnej miere uznávané. Predstavujú akýsi fundamentálny hodnotový poriadok“ a „...tieto pravidlá ako mimoprávne prostriedky právnej regulácie neplnia funkciu interpretačnú, ale funkciu normy, ktorá sa má aplikovať.“<sup>48</sup> Ak do množiny dobrých mravov stále patrí napr. slušné správanie sa pacienta v čakárni i ambulancii lekára, primeraná hlasitosť, nepredbiehanie sa a pod., tak pacient má povinnosť správať sa v súlade týmito pravidlami.

Pokiaľ ide o obmedzenie akýchkoľvek práv, môžeme konštatovať, že právo jedného subjektu sa končí tam, kde začína právo druhého subjektu, samozrejme vždy so zreteľom na hodnotu, ku ktorej sa dané právo upína. Inej hodnoty je právo na život a inej právo vlastníť majetok, preto pri strete rozličných práv by malo byť uprednostnené právo významnejšej hodnoty.



Oproti právu pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti stojí teda *právo lekára na odmietnutie jej poskytovania* (jednorazového či pravidelného). Toto právo lekára nie je ustanovené v ústave priamo. Z ústavného hľadiska môžeme použiť len vyššie spomínaný princíp, že jedno právo končí tam, kde začína iné. Napr. právo pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v určitých prípadoch končí pri právach lekára na slobodu myslenia, svedomia, náboženského vyznania a viery zakotvených v čl. 24 ods. 1 ústavy. Tieto práva lekára sú z praktických dôvodov obmedzené, a to vždy zákonom, ak ide o opatrenie nevyhnutné na ochranu verejného poriadku, zdravia a mravnosti alebo práv a slobôd iných v demokratickej spoločnosti.

Zoberme si prípad, že lekár-gynekológ je veriaci kresťan. Jeho viera mu zakazuje uskutočniť výkon, ktorého cieľom je smrť ľudského plodu (umelý potrat). Slovenský právny poriadok pozná inštitút výhrady svedomia, na základe ktorého lekár nemusí predmetný výkon uskutočniť. Zoberme si však aj iný prípad, ak viera niekoho zakazuje prijímať krvné transfúzie. Lekár by z dôvodu svojej viery neposkytol pacientovi v prípade potreby krvnú transfúziu. Samozrejme takúto výhradu svedomia právny poriadok Slovenskej republiky nepozná.

O práve lekára na odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti výslovne nehovorí ani nijaké zákonné ustanovenie. Slovenský zákonodarca ustanovil len prípady, kedy môže poskytovateľ odmietnuť návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Podľa § 12 ods. 2 zákona o zdravotnej starostlivosti sú to nasledujúce tri prípady, a to ak:

1. by uzatvorením takejto dohody prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie, to sa nevzťahuje na pacienta, ktorý má trvalý pobyt alebo prechodný pobyt v určenom zdravotnom obvode poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých ako i pre deti a dorast a poskytovateľa špecializovanej ambulantnej gynekologickej a zubno-lekárskej starostlivosti,
2. osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonnému zástupcovi nezaručuje objektívne hodnotenie jej zdravotného stavu alebo
3. poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať, no tento tretí dôvod sa vzťahuje len na výkon, ktorého cieľom je smrť ľudského plodu (umelý potrat), na sterilizáciu a na asistovanú reprodukciu.

Odmietnutím návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti však nie je dotknuté právo pacienta na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Neodkladná zdravotná starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti je: „...zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlejšej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná sta-

rostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. Neodkladná starostlivosť je aj vyšetrenie osoby označenej za možný zdroj rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy, diagnostika a liečba osoby s rýchlo sa šíriacou a život ohrozujúcou nákazou. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov a príjemcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu;...“<sup>64</sup>

Ak poskytovateľ odmietne návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti z uvedených dôvodov, príslušný samosprávny kraj preverí tieto skutočnosti na podnet pacienta a bezodkladne určí, ktorý poskytovateľ s pacientom takúto dohodu uzatvorí. Ak zistí, že odmietnutie uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nebolo opodstatnené, môže určiť aj poskytovateľa, ktorý pôvodne návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti odmietol. Poskytovateľ sa podľa možnosti určí tak, aby bol čo najmenej vzdialený od bydliska alebo pracoviska pacienta. Rozhodnutie lekára samosprávneho kraja je poskytovateľ povinný rešpektovať. Poskytovateľ môže aj odstúpiť od dohody z dôvodov podľa prvého a druhého bodu. Pacient aj bez uvedenia dôvodu. Odstúpenie od dohody musí mať písomnú formu.

### Analyza jednotlivých skupín prípadov uvedených v úvode

Ešte pred analýzou jednotlivých skupín prípadov uvedených v úvode je potrebné si uvedomiť, že v zmysle Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka, ktorý je súčasťou zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon o poskytovateľoch“<sup>65</sup>) ako jeho príloha č. 4, a je teda všeobecne právne záväzným predpisom, poslaním zdravotníckeho pracovníka je vykonávať zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami lekárskeho vied a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť.

### V prvej skupine prípadov:

1. Pacient sa domáha celého spektra laboratórnych diagnostických vyšetrení, aj keď jeho zdravotný stav nezasvedčuje o ich potrebnosti.
2. Pacient je mierne prechladnutý a požaduje, aby mu lekár predpísal antibiotiká, aj keď jeho ochorenie si zjavne nevyžaduje antibiotickú liečbu.
3. Pacient má v blízkosti oka kožný výrastok a požaduje od všeobecného lekára jeho okamžité odstránenie s tým, že nemá čas chodiť k lekárovi-špecialistovi.
4. Pacient požaduje od všeobecného lekára okamžité sonografické vyšetrenie žľčníka, nakoľko ho pobolieva oblasť pod pravým rebrom, avšak všeobecný lekár sonografický prístroj vo svojej ambulancii nemá.

sa stavia pacient do úlohy lekára. Chce tu do svojich rúk prevziať manažment poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pravdepodobne každý lekár sa už stretol s takýmto pacientom. Ide o pacienta s jasne stanovenou samodiag-

nózou, ako aj následnou „liečbou“. Od lekára niekedy vlastne chce len akýsi tichý súhlas so svojimi závermi, prípadne uskutočnenie určitých vyšetrení, ktoré si nemôže vybaviť sám, resp. ich vybavenie cez lekára je lacnejšie, alebo sa domáha predpisania voľne nepredajných liekov. Zákon o zdravotnej starostlivosti však jasne hovorí, že zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností zdravotníckych pracovníkov, ktorými sú aj lekári. Je to lekár, ktorý musí spĺňať značné množstvo kvalifikačných, odborných, zdravotných a ďalších požiadaviek, ktoré naňho kladie platná legislatíva. A opäť je to lekár, ktorý nesie aj zodpovednosť za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, za jej správnosť, aby bola uskutočnená „lege artis“, a pri chorobe za indikovanú liečbu. Etický kódex zdravotníckeho pracovníka v časti „Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania“ v bode 1 uvádza: „Zdravotnícky pracovník v rámci svojej odbornej spôsobilosti a kompetencie vykonáva preventívne výkony, diagnostické výkony, liečebné výkony spôsobom zodpovedajúcim súčasným poznatkom vedy.“<sup>49</sup> Ďalej etický kódex v tej istej časti v bode 9 hovorí: „Pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa zdravotnícky pracovník nesmie riadiť komerčnými hladiskami, ale výlučne poznatkami lekárskej vedy, profesionálnym úsudkom, svojim svedomím a potrebou pacienta.“<sup>49</sup> To, že lekár je zodpovedný za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, dosvedčuje aj zákonná povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti uzatvoriť zmluvu o poistení za škodu spôsobenú osobám v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zmysle § 79 ods. 1 písm. s) zákona o poskytovateľoch.

Ak sa pacient domáha poskytnutia vyšetrenia u lekára zdravotníckym prístrojom, ktorý lekár vo svojej ambulancii podľa platnej legislatívy nemusí mať, lekár nie je samozrejme povinný pacienta daným prístrojom vyšetriť. Ustanovenie § 8 ods. 1 zákona o poskytovateľoch uvádza: „Zdravotnícke zariadenia musia byť personálne zabezpečené a materiálno-technicky vybavené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súlade so svojím odborným zameraním.“<sup>49</sup> V súčasnosti sa lekár v tejto oblasti musí riadiť výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo dňa 10. 9. 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

Dnes všetci vieme, že vzťah lekára a pacienta prešiel v poslednom období zmenou, ktorá priniesla väčší podiel aktívnej účasti pacienta na rozhodovaní pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. To však neznamená, že práve lekár nie je nosným subjektom pri rozhodovaní o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, aj keď pacient má vo väčšine prípadov právo ju na vlastné nebezpečenstvo odmietnuť, a tým lekára oslobodiť od jeho zodpovednosti. Pacient nemôže priamo určovať, aký zdravotný výkon má lekár urobiť, môže však oň lekára požiadať.

#### V druhej skupine prípadov:

5. Pacient už v minulosti nezaplatil lekárovi za poskytovanú nadštandardnú zdravotnú starostlivosť, hoci lekára o jej poskytnutie sám požiadal, a to ani napriek lekárovým výzvam.

6. Pacient je vulgárny k ostatným pacientom v čakárni, ako i k lekárovi samotnému.
7. Pacient je agresívny a ohrozuje lekára na živote a zdraví.
8. Pacient lekára, či už v čakárni alebo na sociálnych sieťach ohovára a šíri o ňom nepravdivé informácie.
9. K lekárovi príde na ošetrenie pacient, s ktorým je lekár v súdnom spore.
10. K lekárovi príde na ošetrenie pacient, ktorý fyzicky ublížil jeho rodinnému príslušníkovi.

je lekár v pozícii negatívne dotknutého či poškodeného. Lekár môže byť negatívne dotknutý či poškodený pacientom finančne, na občianskej cti, ľudskej dôstojnosti, svojom dobrom mene, ale aj na svojom zdraví.

V prípade spomínanej finančnej ujmy lekára z dôvodu nezaplatenia pacienta za nadštandardnú zdravotnú starostlivosť, každý lekár disponuje právom vymáhať od pacienta dlžnú sumu za vyšetrenia neuhrádzané z verejného zdravotného poistenia klasickou cestou. Teda najprv vo forme výziev k dobrovoľnému plneniu a v prípade ich ignorovania aj súdnou cestou, napr. vo forme podania návrhu na vydanie platobného rozkazu. V platobnom rozkaze súd uloží odporcovi – pacientovi, aby do 15 dní od doručenia platobného rozkazu zaplatil navrhovateľovi – lekárovi uplatnenú pohľadávku spolu s jej príslušenstvom, alebo aby v tej istej lehote podal odpor na súde, ktorý platobný rozkaz vydal.

V prípade ujmy na občianskej cti, ľudskej dôstojnosti a dobrom mene môže lekár postupovať v zmysle § 13 zákona č. 40/1964 Zb. občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov (ďalej ako „občiansky zákonník“<sup>10</sup>), ktorý ustanovuje, že každá fyzická osoba má právo najmä sa domáhať, aby sa upustilo od neoprávnených zásahov do práva na ochranu jej osobnosti, aby sa odstránili následky týchto zásahov, a aby jej bolo dané primerané zadostučinenie. Ak by nebolo zadostučinenie postačujúce, pretože bola v značnej miere znížená dôstojnosť fyzickej osoby alebo jej vážnosť v spoločnosti, má fyzická osoba tiež právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch. Jej výšku určí súd s prihliadnutím na závažnosť vzniknutej ujmy a na okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo. V nasledujúcich ustanoveniach občiansky zákonník dodáva, že po smrti fyzickej osoby patrí právo na ochranu jej osobnosti manželovi a deťom, ak ich niet, jej rodičom.

V súčasnosti mnoho lekárov poskytuje zdravotnú starostlivosť prostredníctvom svojich spoločností s ručením obmedzeným. Vzhľadom na to je možné v určitých prípadoch aplikovať na tieto spoločnosti aj ustanovenia zákona č. 513/1991 Zb. obchodného zákonníka v znení neskorších predpisov<sup>11</sup> o ochrane ich obchodného mena, či ustanovenia o nekalej súťaži.

Pacient sa môže dopustiť svojim konaním namiereným proti lekárovi, jeho pacientom, kolegom a rodinným príslušníkom taktiež priestupku podľa zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov<sup>12</sup> alebo dokonca trestného činu podľa zákona č. 300/2005 Z. z. trestný zákon v znení neskorších predpisov (ďalej „trestný zákon“<sup>13</sup>). Napríklad ak pacient lekára slovne uráža, môže sa takto dopustiť priestupku proti občianskemu spolunajživaniu. Ak pacient lekára udrie a spôsobí mu takto ťažkú ujmu na zdraví, môže sa dopustiť trestného činu ublíženia

na zdraví. V takýchto prípadoch sa lekár môže obrátiť predovšetkým na prokuratúru alebo políciu.

Má lekár povinnosť vo vyššie uvedených prípadoch poskytnúť takémuto pacientovi zdravotnú starostlivosť? Na základe analógie sa tu aplikuje ustanovenie § 12 ods. 2 písm. b) zákona o zdravotnej starostlivosti, kedy lekár ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže odmietnuť uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka – lekára k pacientovi, ktorému má zdravotnú starostlivosť poskytovať, alebo k jeho zákonnému zástupcovi nezaručuje objektívne hodnotenie zdravotného stavu pacienta. Pod tento prípad spadá aj situácia, ak je lekár v súdnom spore s pacientom. Lekár má taktiež právo z týchto dôvodov od dohody s pacientom odstúpiť. Avšak pozor, lekár je naďalej povinný takémuto pacientovi poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Zákon o zdravotnej starostlivosti v ustanovení § 11 ods. 13 uvádza: „Každý je povinný poskytnúť alebo sprostredkovať nevyhnutnú pomoc každej osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí známky závažnej poruchy zdravia, ak tým závažným spôsobom neohrozí svoj život alebo zdravie.“<sup>4</sup> Obdobne trestný zákon pozná trestný čin neposkytnutia pomoci (§ 177)<sup>13</sup>. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je lekár tiež povinný pamätať na ustanovenie § 11 ods. 3 tretej vety zákona o zdravotnej starostlivosti: „Osoba nesmie byť v súvislosti s výkonom svojich práv prenasledovaná ani inak postihovaná za to, že podá na inú osobu, zdravotníckeho pracovníka, poskytovateľa starostlivosti, žalobu alebo návrh na začatie trestného stíhania.“<sup>4</sup>

#### Nasledujúce dva prípady:

11. K lekárovi príde pacient, ktorý trpí veľkými bolesťami z dôvodu nevyliciteľnej choroby a požaduje od lekára, aby ho bezbolestne usmrtil, alebo aby mu pri samovražde aspoň asistoval, fyzicky či radami.

12. K lekárovi príde žena, ktorá lekára požiada o výkon, ktorého cieľom je smrť ľudského plodu (nascitura).

predstavujú situácie, keď v príklade č. 11 by sa lekár mohol dopustiť trestného činu vraždy, resp. úkladnej vraždy alebo účasti na samovražde a v príklade č. 12 lekárovi práva zakotvené v čl. 24 ústavy na slobodu myslenia, svedomia, náboženského vyznania a viery prevažujú nad právom pacienta na uskutočnenie výkonu, ktorého cieľom je smrť ľudského plodu (umelý potrat).<sup>5</sup>

Základná skutková podstata trestného činu vraždy vymedzená v § 145 ods. 1 trestného zákona znie: „Kto iného úmyselne usmrtil, potrestá sa odňatím slobody na pätnásť rokov až dvadsať rokov.“ Skutková podstata úkladnej vraždy zakotvená v § 144 ods. 1 trestného zákona je definovaná takto: „Kto iného úmyselne usmrtil s vopred uváženou pohnutkou, potrestá sa odňatím slobody na dvadsať rokov až dvadsaťpäť rokov.“ Napokon skutková podstata účasti na samovražde je v § 154 ods. 1 trestného zákona vymedzená takto: „Kto iného pohne k samovražde alebo inému k samovražde pomáha, ak došlo aspoň k pokusu o samovraždu, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až tri roky.“<sup>13</sup> Ak by teda lekár žiadosti pacienta o eutanáziu vyhovel, dopustil by sa tým niektorého z vyššie uvedených trestných činov.

V prípade usmrtenia ľudského plodu, ak je jeho uskutočnenie v rozpore so svedomím lekára, má lekár právo

jeho uskutočnenie odmietnuť. Za použitia analógie sa na túto situáciu použije ustanovenie § 12 ods. 2 písm. c) a ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti, kedy poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže odmietnuť návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať.<sup>4</sup> Tento dôvod sa vzťahuje len na uskutočnenie výkonu, ktorého cieľom je smrť ľudského plodu, na sterilizáciu a na asistovanú reprodukciu. Ide o výhrady vo svedomí zdravotníckych pracovníkov. K dodržiavaniu výhrad vo svedomí sa Slovenská republika zaviazala v dvoch zmluvách. Prvou je Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou (oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 326/2001 Z. z.<sup>14</sup>), ktorá v čl. 7 ustanovuje: „Slovenská republika uznáva každému právo uplatňovať výhrady vo svedomí podľa vieroučných a mravoučných zásad Katolíckej cirkvi. Rozsah a podmienky uplatnenia tohto práva ustanoví osobitná medzinárodná zmluva uzatvorená medzi zmluvnými stranami.“ Druhou je Zmluva medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami zverejnená pod č. 250/2002 Z. z.,<sup>15</sup> ktorá v čl. 7 ustanovuje: „(1) Slovenská republika uznáva právo každého uplatňovať výhrady vo svedomí podľa vieroučných a mravoučných zásad svojej registrovanej cirkvi alebo náboženskej spoločnosti. (2) Rozsah a podmienky uplatnenia tohto práva ustanovia osobitné dohody uzatvorené medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami.“

Realizácia práva zdravotníckeho pracovníka na výhradu vo svedomí by nemala byť bez akýchkoľvek pravidiel, aj keď neexistuje všeobecne záväzný postup jej uplatnenia. Je vhodné, aby zdravotnícky pracovník o svojej výhrade porozumel pacienta už pri prvom kontakte s ním. Vyhne sa tak zbytočným konfliktným situáciám. Taktiež je potrebné, aby zdravotnícky zamestnanec bral ohľad na osobu pacienta. Ani v tomto prípade však nie je dotknuté právo pacienta na poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

#### V posledných troch prípadoch:

13. Lekár je kapacitne vyťažený, avšak pacient sa aj tak domáha vyšetrenia.

14. Lekárovi príde počas jeho ordinačných hodín náhle zle, avšak na ošetrovanie čakajú ešte ďalší pacienti.

15. Lekár už prekročil rozsah, resp. limit úhrady zdravotnej starostlivosti dohodnutý v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou a v čakárni má ďalších pacientov, ktorí čakajú na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

spočívajúcich na strane lekára je lekár dotknutý vo sfére svojej pracovnej únosnosti, fyzického zdravia a práva na odmenu za vykonanú prácu. Podľa § 12 ods. 2 písm. a) zákona o zdravotnej starostlivosti poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže odmietnuť návrh na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak by jej uzatvorením prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie.<sup>4</sup> Poskytovateľ môže z tohto dôvodu od dohody s pacientom aj odstúpiť. Pri použití analógie sa dá táto právna úprava uplatniť aj na jednorazové poskytnutie zdravotnej



starostlivosti. Neodkladná zdravotná starostlivosť sa pacientovi poskytnúť opäť musí.

Ak lekárovi počas jeho ordinačných hodín príde náhle zle, je potrebné, aby si pred opustením svojej ambulancie splnil povinnosť podľa § 79 ods. 1 písm. j) zákona o poskytovateľoch<sup>9</sup>, ktorou je zabezpečiť zastupovanie v rozsahu svojho povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne oznámiť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý vykonáva zastupovanie a túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju. To sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V zmysle platnej legislatívy lekár nesmie odmietnuť ošetriť pacienta z dôvodu prekročenia svojho zmluvného limitu dohodnutého so zdravotnou poisťovňou, a zároveň nesmie úhradu zdravotnej starostlivosti, ktorá sa má uhrádzať z verejného zdravotného poistenia, požadovať od pacienta. Hovorí o tom ustanovenia § 44 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti.<sup>6</sup> Podľa zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti sa z verejného zdravotného poistenia plne uhrádzajú napr. preventívne prehliadky, neodkladná zdravotná starostlivosť, zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby a poskytnuté pri liečbe choroby uvedenej v Zozname prioritných chorôb (príloha č. 3 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti) a ďalšie. Plne, resp. čiastočne sa uhrádzajú alebo neuhrádzajú zdravotné výkony poskytnuté pri liečbe inej ako prioritnej choroby uvedenej v Zozname chorôb (nariadenie vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia<sup>16</sup>). Z verejného zdravotného poistenia sa vôbec neuhrádza zdravotná starostlivosť, ktorá nie je indikovaná zo zdravotných dôvodov, náklady spojené s klinickým skúšaním a zdravotná starostlivosť spojená s liečbou komplikácií alebo následkov vzniknutých v dôsledku klinického skúšania.

### Zhrnutie

Lekár nie je povinný riadiť sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti požiadavkami pacienta, ale jeho zdravotným stavom, svojimi odbornými vedomosťami, poznatkami najnovšej vedy a svojimi doterajšími skúsenosťami. To všetko vzhľadom na platnú aplikovateľnú legislatívu, ktorú sme si načrtli. To neznamená, že lekár by nemal pacienta aj s jeho požiadavkami vypočuť, prípadne požiadavky pacienta po svojom vlastnom zväžení aj akceptovať. Má mať však na zreteli, že za poskytovanú zdravotnú starostlivosť nesie zodpovednosť on ako lekár a nie pacient.

Rovnosť vzťahu medzi lekárom a pacientom je a má byť posilňovaná, ale pri rozhodovaní o poskytovanej zdravotnej starostlivosti je lekár tím, ktorý navrhuje vhodné riešenia a je na zväžení pacienta, či ich prijme alebo nie (udeliť alebo neudeliť informovaný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti). Samozrejme, aj tu existujú výnimky stanovené v platnej legislatíve, kedy nie je informovaný súhlas pacienta potrebný, napr. pri ochrannom liečení pacienta uloženom súdom alebo pri ústavnej starostlivosti, ak ide o pacienta, ktorý šíri prenosnú chorobu a závažným spôsobom ohrozuje svoje okolie a ďalšie.

### Literatúra:

1. Hippokratova prísaha. Dostupné na internete: [https://sk.wikipedia.org/wiki/Hippokratova\\_pr%C3%ADsaha](https://sk.wikipedia.org/wiki/Hippokratova_pr%C3%ADsaha).
2. Zmluva o fungovaní Európskej únie. Konsolidované znenie. Dostupné na internete: [https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c\\_32620121026sk.pdf](https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c_32620121026sk.pdf).
3. Charta základných práv Európskej únie. Dostupné na internete: [https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c\\_32620121026sk.pdf](https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c_32620121026sk.pdf).
4. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576>.
5. Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava SR v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1992-460>.
6. Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-577>.
7. Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-580>.
8. LAZAR, J. et al. 2006. *Občianske právo hmotné 1*. Bratislava : IURA EDITION, 2006. ISBN 80-8078-084-6. S. 21, 95.
9. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-578>.
10. Zákon č. 40/1964 Zb. občiansky zákonník v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1964-40>.
11. Zákon č. 513/1991 Zb. obchodný zákonník v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1991-513>.
12. Zákon č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1990-372>.
13. Zákon č. 300/2005 Z. z. trestný zákon v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2005-300>.
14. Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou. In *Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 326/2001 Z. z.* Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2001-326>.
15. Zmluva medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami. In *Zbierka zákonov č. 250/2002*. Čiastka 108. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2002-250>.
16. Nariadenie vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-777>.

Vážené kolegyně a kolegovia, milí priatelia,

žijeme v turbulentnom období, aké všeobecné lekárstvo na Slovensku nezažilo za posledné štyri desaťročia. Snaha o prínavrátanie jeho pôvodného poslania a naše úsilie o opätovné získanie vysokej reputácie odboru prináša historické pozitívne výsledky a dvíha naše sebavedomie. Vzhľadom na vývoj, ktorým náš odbor prešiel v poslednom období, silnie túžba všeobecných lekárov po zjednotení a kolektívnej kreatívnej práci. Výsledkom je existencia Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska, v ktorej sa spojili mienkotvorní všeobecní lekári z praxe v záujme spoločnej práce a boja za zlepšenie postavenia slovenského všeobecného lekárstva.

Predkladáme Vám, našim kolegom, spoločné programové vyhlásenie všeobecných lekárov a pevne veríme, že sa k nám pripojíte a spoločne ho uskutočníme.

- 1) Lídri odboru sa spojili s cieľom zjednotiť všeobecných lekárov a vybudovať spoločnú, mienkotvornú, rešpektovanú, odborne aj personálne silnú organizáciu – Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS).
- 2) SVLS je modernou a akčnou organizáciou, ktorej poslaním je presadzovanie záujmov všeobecných lekárov doma aj v zahraničí a ich dôstojné reprezentovanie. Hlavným cieľom SVLS je rozvoj, podpora a ochrana odboru všeobecné lekárstvo.
- 3) SVLS presadzuje zásady vysokej profesionality, odbornosti, korektnosti a vyvážených partnerských vzťahov pri spolupráci so zdravotnými poisťovňami, s ostatnými odbornými spoločnosťami, stavovskými a zamestnávateľskými organizáciami, štátnymi orgánmi a samosprávami.

- 4) SVLS iniciuje a predkladá návrhy na legislatívne a procesné zmeny, ktoré sú prostriedkom na stabilizáciu všeobecného lekárstva a rozvoj jeho kompetencií.
- 5) SVLS presadzuje spravodlivé a transparentné financovanie práce všeobecných lekárov s bonifikáciou komplexnej starostlivosti o pacientov a výkonov nad rámec kapitácie.
- 6) SVLS aktívne a iniciatívne spolupracuje pri príprave štandardných diagnostických a terapeutických postupov.
- 7) SVLS uskutočňuje kontinuálne vzdelávanie vo všeobecnom lekárstve prostredníctvom kongresov, seminárov a iných vzdelávacích aktivít. Spolupracuje s lekáorskými fakultami pri edukácii v odbore všeobecné lekárstvo. Zavádza novú jedinečnú formu vzdelávania – Akadémiu Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska a odborné Fóra so zameraním na reálnu ambulatnú prax.
- 8) SVLS participuje na vzdelávaní rezidentov a príprave školiteľov v odbore všeobecné lekárstvo.
- 9) SVLS buduje rovnocenné vzťahy s organizáciami všeobecných lekárov v zahraničí.
- 10) SVLS sa aktívne podieľa na práci medzinárodných organizácií združujúcich všeobecných lekárov – WONCA, EURACT, EUROPREV, EURIPA a podobne.
- 11) SVLS vytvára priaznivé prostredie na zvýšenie a udržanie vážnosti všeobecného lekárstva v odbornej aj laickej verejnosti.

S úctou,



MUDr. Eva Jurgová, PhD.  
vedecská sekretárka SVLS



MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA  
prezidentka SVLS



MUDr. Iveta Vaverková, MPH  
viceprezidentka SVLS

a členovia výboru a dozornej rady SVLS



AKADÉMIA SPOLOČNOSTI  
VŠEOBECNÝCH LEKÁROV  
SLOVENSKA

KVALITNÉ MEDICÍNSKE VZDELÁVANIE



SPOLOČNOSŤ VŠEOBECNÝCH LEKÁROV SLOVENSKA  
Vás pozýva na odborné podujatie

# FÓRUM ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE MODUL I.

ktoré sa uskutoční v dňoch

## 02.-04.10.2015

### hotel Družba, Demänovská dolina – Jasná



Registrácia: [www.meetingplanner.sk/svlsakademia2015](http://www.meetingplanner.sk/svlsakademia2015)

Podujatie je hodnotené 16 kreditmi CME.



# Avanafil – nový liek na liečbu erektilnej dysfunkcie

MUDr. Ivan Kubiš

urológ, sexuológ, Diagnosticko-preventívne centrum, Banská Bystrica

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 16.



Erektilná dysfunkcia (ED) je u mužov veľmi časté ochorenie, ale nedostatočne diagnostikované a liečené. Výskumy potvrdzujú, že 52 % mužov nad 40 rokov života trpí určitým stupňom ED. ED závažným spôsobom negatívne ovplyvňuje kvalitu života muža, jeho partnerky, ako aj rodinný život a pracovnú výkonnosť muža.

Podľa najnovších výskumov je až 80 % prípadov erektilnej dysfunkcie spôsobených telesnými príčinami, najčastejšie ochoreniami kardiovaskulárneho systému (KVS) a diabetes mellitus. Zostávajúcich 20 % má psychogénne príčiny. V klinickej praxi sa najčastejšie stretávame s poruchami, ktoré majú zmiešanú, t. j. telesnú aj psychogénnu etiológiu. Porucha erekcie však väčšinou nie je samostatným ochorením – môže byť prvým a jediným príznakom inej závažnej choroby, o ktorej pacient ešte nemusí vedieť – diabetes mellitus, artériová hypertenzia, ateroskleróza, ale aj o rakovina prostaty.

V ordináciách lekárov väčšinou viazne komunikácia na tému sexuálneho života a ED. Muži sa spontánne na tento chúlостivý problém nesťažujú alebo sa o ňom hanbia hovoriť. Nechcú užívať lieky na ED, či ju považujú za prirodzený prejav starnutia. Lekári sa často na výskyt symptómov tohto ochorenia aktívne nepýtajú, len asi 20 % z nich sa zaujíma o sexuálne problémy svojich pacientov. Vzdelávanie v tejto oblasti na lekárske fakultách je nedostatočné, skôr sa zdôrazňuje problematika nádorových ochorení, ochorení KVS, diabetes mellitus.

Problém s ED má asi 500 000 mužov na Slovensku, ale len 10 – 20 % z nich navštívi lekára a lieči sa. V súčasnosti je k dispozícii liek vo forme tabliet s účinnosťou až

80 %, ktorým je možné mužom pomôcť. Ide o inhibítory fosfodiesterázy typu 5 (iPDE5), ktoré sú odporúčané Európskou urologickou asociáciou ako lieky voľby erektilnej dysfunkcie.

Najnovším z tejto skupiny liekov je avanafil. Je určený na liečbu ED u mužov nad 18 rokov. Liek je viazaný na lekársky predpis, predpísať ho môže každý lekár bez ohľadu na špecializáciu. Odporúčaná dávka je 100 mg podľa potreby, nesmie sa užívať častejšie ako raz denne. Jeho užitie sa odporúča asi 30 minút pred pohlavným stykom, optimálne nalačno. Ak sa užije s jedlom, môže začať účinkovať neskôr. Platí to najmä pre ťažké, masťné jedlá. Grapefruitová šťava môže zvyšovať účinok lieku, takže sa nemá piť v priebehu 24 hodín pred jeho užitím. Pitie alkoholu môže naopak schopnosť dosiahnuť erekciu znížiť. Je vhodné, aby pacient užil liek opakovane na overenie jeho účinku, pretože pri prvom užití môže pociťovať stres a obavy zo zlyhania erekcie, čo vplyva negatívne na účinok lieku. Na základe individuálnej účinnosti a tolerancie sa môže dávka zvýšiť na maximálne 200 mg alebo znížiť na 50 mg.

Účinok lieku nastupuje po sexuálnej stimulácii, po predohre. Dochádza k zvýšenému prívodu krvi do penisu, čo mu pomáha zostať tvrdým a stoporeným. Po ejakulácii údklesá, ale pokiaľ je chuť a záujem, je možné mať opakovaný styk skôr ako obvykle. Účinkom avanafilu sa skracaie tzv. refraktérna fáza, teda „hluché“ obdobie, kedy muž po ejakulácii nie je schopný dosiahnuť ďalšiu erekciu.

Avanafil predstavuje nové možnosti v liečbe erektilnej dysfunkcie, účinkuje rýchlo (do 15 – 30 minút od užitia), má menej nežiaducich účinkov vďaka vysokej selektivitě.

# Dapoxetín – zatiaľ jediný liek indikovaný na liečbu predčasnej ejakulácie

MUDr. Ivan Kubiš

urológ, sexuológ, Diagnosticko-preventívne centrum, Banská Bystrica

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 17.

Predčasná ejakulácia (PE) je druhá najčastejšia mužská sexuálna porucha. Štatistiky výskytu PE v populácii mužov sú rôzne, uvádzajú až 40%. Definícia PE nie je stále jasná. Popisuje sa trvanie pohlavného styku do 15 sekúnd, do 1 alebo 2 minút. Zrejme rozumnejšie, než udávať „presný čas“, čo je normálne trvanie styku a čo predčasná ejakulácia, je posudzovanie spokojnosti partnerky. Podľa prieskumov by väčšina žien vyhovoval styk v trvaní 7 – 10 minút, styk do 1 – 2 minút väčšine žien nestačí. Muži s PE neprichádzajú k lekárovi, aby dosiahli nejaký časový limit, nesúložia so stopkami v ruke. Trápia ich obavy z rozpadu vzťahu, pocity menejcennosti a frustrácia z neschopnosti uspokojiť partnerku primeraným trvaním styku. Cieľom liečby predčasnej ejakulácie nie je dosiahnuť časovú hranicu podľa definícií v odbornej literatúre, ale predĺženie styku tak, aby uspokojil oboch partnerov.

Pri problémoch s PE hrá významnú úlohu nervová sústava, ale ovplyvňujú ju aj telesné príčiny, napr. frenulum breve. Krátka uzdička môže spôsobovať nadmerné dráždenie až bolesti pri styku. Vtedy pomôže jednoduchý ambulantný operačný zákrok – frenuloplastika, ktorá problém ľahko odstráni. Ďalšími telesnými príčinami predčasnej ejakulácie bývajú fimóza, chronická prostatitída, zápaly penisu a ostatných pohlavných orgánov.

Medikamentózna liečba PE má dlhú históriu, ale ešte pred niekoľkými rokmi mali pacienti z výsledkov dostupnej liečby často skôr zmiešané pocity. Lokálne anestetiká sa používali vyše 60 rokov, prezervatívy ani párová psychoterapia neprinášali väčšinou očakávaný efekt. S nástupom nových psychofarmák, používaním selektívnych inhibítorov spät-

ného vychytávania serotonínu (SSRI) sa možnosti liečby PE výrazne zlepšili. SSRI – fluoxetin, paroxetin, sertralin – majú síce pozitívny účinok, ale ide o liečbu off-label. Pri SSRI je potrebné dlhodobé užívanie (1 tableta denne až 5 mesiacov), zákaz užívania alkoholu a postupné vysadzovanie lieku.

Zásadnú zmenu v liečbe PE priniesol dapoxetín – krátkodobo pôsobiaci SSRI. Je to jediný liek so schválenou indikáciou na PE, dávkuje sa podľa potreby. Tento liek nebol vyvíjaný na pravidelné užívanie, ale ako liek určený na aplikáciu podľa potreby, pred plánovaným stykom. Umožňuje to jeho farmakokinetický profil, rýchly nástup účinku už po prvej dávke. Je určený na liečbu PE u mužov vo veku 18 – 64 rokov a predpísať ho môže každý lekár bez ohľadu na špecializáciu. Je viazaný na lekársky predpis, pretože lekár musí vylúčiť kontraindikácie užívania dapoxetínu, ktoré sú uvedené v súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC). Pred začatím liečby je potrebné urobiť ortostatický test, aby sa eliminovalo riziko hypotenzie u pacienta po jeho užití. Odporúčaná dávka je 30 mg, ktorá sa v prípade nutnosti môže zvýšiť na 60 mg. Dapoxetín sa užíva 1 až 3 hodiny pred sexuálnym stykom, dĺžka účinku je 4 – 6 hodín. Nemá sa užívať častejšie ako jedenkrát za 24 hodín ani pravidelne. Tablety sa prehltajú celé, aby sa predišlo horkej chuti a zapíjajú aspoň jedným plným pohárom vody, aby sa zamedzilo závratom. Dostatočná hydratácia je dôležitou prevenciou vzniku hypotenzie. Liek sa môže užívať s jedlom alebo bez jedla, počas užívania dapoxetínu je zakázaná konzumácia alkoholu, lebo sa môžu zvýrazniť účinky alkoholu a vedľajšie účinky lieku.



# Povidonum iodatum (PVP-I): univerzálne širokospektrálne pôsobiace dezinficiens v ambulancii aj mimo nej

MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA

ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Medires, s. r. o., Nové Zámky

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 18 – 24.

**Abstrakt:** Dezinfekcia a účinné spôsoby jej vykonávania sú základnou podmienkou práce zdravotníckeho zariadenia bez ohľadu na jeho špecializáciu. Netýka sa to iba dezinfekcie povrchov, plôch, ale aj kože, prípadne otvorených rán. V ére stúpajúcej rezistencie mikroorganizmov je správna dezinfekčná prax nevyhnutnou súčasťou lekárskejších a sester-ských intervencií aj v ambulancii všeobecného lekára.

**Kľúčové slová:** dezinfekcia, všeobecný lekár, rezistencia, rana

**Summary:** Disinfection and effective ways of its implementation are the essential condition of the health facility's work regardless of its specialization. This applies not only to the disinfection of surfaces and areas but disinfection of skin or open wounds as well. In the era of rising resistance of microorganisms, the correct disinfection practice is an essential part of medical and nursing interventions also in general practitioner's office.

**Key words:** disinfection, general practitioner, resistance, wound

Dezinfekcia je základnou a nevyhnutnou súčasťou prevádzky všetkých typov zdravotníckych zariadení. Týka sa dezinfekcie povrchov, plôch, kože pacienta i zdravotníckeho pracovníka pred zdravotníckou intervenciou aj po nej, ale aj ošetrenia rán v ambulancii či v terénnej praxi. Všeobecný lekár môže v ambulancii využiť dva základné spôsoby dezinfekcie:

- 1) **Fyzikálna dezinfekcia** – využíva krátkodobé pôsobenie vysokých teplôt a týka sa zdravotníckych nástrojov a pomôcok:
  - a) var pri bežnom atmosférickom tlaku v trvaní 30 minút od dosiahnutia bodu varu,
  - b) var v pretlakových nádobách v trvaní 20 minút,
  - c) dezinfekcia v parných a pracích prístrojoch pri teplote vyššej ako 90 °C,
  - d) dezinfekcia v umývacích prístrojoch pri teplote vyššej ako 90 °C,
  - e) ultrafialové žiarenie s vlnovou dĺžkou 253,7 nm až 264 nm,
  - f) spálenie.
- 2) **Chemická dezinfekcia** – vykonáva sa dezinfekčnými prostriedkami (roztoky, mydlá, masti, čapíky). Je potrebné dodržať čas expozície aj ich koncentráciu, aby bol proces úspešný a súčasne brať do úvahy rezistenciu mikroorganizmov, ktoré sa môžu nachádzať na danom mieste. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať dezinfekcii kože u pacientov s chronickými ranami, kde je vysoká pravdepodobnosť výskytu polyrezistentných baktérií, vírusov a húb (diabetická noha, dekubity, ulcus cruris). Dôležitým parametrom, ktorý je nevyhnutné rešpektovať, je výrobcom odporúčaná koncentrácia, ktorá zabezpečí dostatočnú účinnosť dezinfekčného prostriedku.

Pokiaľ je potrebné ho pred použitím zriediť (napr. pri príprave kúpeľa), musí byť po nariadení spotrebovaný a nesmie byť skladovaný.

Limitujúcim faktorom použitia dezinficiensia je alergia na účinnú látku alebo aditívum konkrétneho prípravku.

Najčastejšie používané formy dezinfekčných prostriedkov sú:

- a) tekuté – roztoky,
- b) aerosólové – rozprašovače,
- c) tinktúra (roztok alkoholu a dezinfekčného prostriedku),
- d) práškové dezinficiensia,
- e) dezinfekčné mydlá,
- f) dezinfekčné čapíky.

Dezinfekčné prostriedky majú rôzne spektrum účinku. V optimálnom prípade by v zdravotníckych zariadeniach mali byť preferované tie, ktoré mikroorganizmy likvidujú (uprednostnenie baktericídneho účinku pred bakteriostatickým účinkom).

## Čo zaujíma všeobecného lekára?

Najčastejšie otázky, ktoré si kladú všeobecní lekári pri výbere dezinfekčného prípravku do svojej ambulancie, sú:

- 1) Má dezinficiens baktericídny (virocídny, fungicídny) alebo iba bakteriostatický účinok?
- 2) Aká je pravdepodobnosť vzniku alergií pri jeho používaní?
- 3) Je potrebné ho riediť alebo sa môže použiť priamo z balenia od výrobcu?
- 4) Aké široké je spektrum jeho pôsobenia?
- 5) Je účinný voči nebezpečným meticilín-rezistentným kmeňom zlatého stafylokoka (MRSA)?



- 6) Možno ho použiť bez riedenia priamo na otvorené rany?
- 7) Aký je jeho dezinfekčný účinok na komplikovane kurabilné chronické rany (vredová choroba predkolenia, diabetická noha)?
- 8) Je potrebné používať ho spoločne s lokálne pôsobiacimi antibiotikami pri liečbe chronických rán?
- 9) Používa sa pri jeho aplikácii aj systémová antibiotická liečba? Ak áno, v akých prípadoch?
- 10) Aké formy dezinfekčných prípravkov sú v súčasnosti k dispozícii a ako sa správne používajú?
- 11) Sú dostupné rôzne veľkosti balenia?
- 12) Používa sa len v zdravotníckych zariadeniach alebo ho možno využiť aj v domácnosti, pri cestovaní alebo športe?
- 13) Je jeho účinnosť adekvátne vyloženým finančným prostriedkom?

ragád, ktoré sú vhodným prostredím na osídlenie patogénnymi mikroorganizmami. Na takto poškodenom teréne sa významne častejšie vyskytujú alergické reakcie.

- b) *bez obsahu alkoholu* – štatisticky menej často poškodzujú a dráždia pokožku. Z uvedeného dôvodu sa používajú na ošetrovanie povrchových aj hlbokých otvorených rán a na dlhodobú starostlivosť o chronické ťažko sa hojace rany. Vo forme mydiel a roztokov sú vhodné na dezinfekciu rúk pred a po ošetrovaní pacientov v ambulancii alebo pri poskytovaní prvej pomoci (poranenia v teréne alebo v domácnosti). Čapíky sú prínosné pri liečbe bakteriálnych a mykotických gynekologických infekcií.

Pri výbere najvhodnejšieho dezinfekčného prípravku v ambulancijnej praxi by lekár mal zvažovať a preferovať predovšetkým tieto kritériá:

**Tabuľka 1** Spektrum účinkov dezinfekčného prípravku s obsahom PVP-I

Spektrum účinkov prípravkov s PVP-I	
Gramnegatívne baktérie	Huby
Aerobacter aerogenes Bacteroides sp. (oralis) Citrobacter sp. Escherichia coli Haemophilus sp. (vaginalis) Herellea sp. Klebsiella sp. Mimeia polymorpha Neisseria gonorrhoea Proteus sp. Pseudomonas sp. Salmonella sp. Serratia sp. Shigella sp.	Aspergillus sp. Candida sp. Cryptococcus neoformans Epidermophyton floccosum Microsporon audouini Nocardia sp. Penicillium sp. Pyrosporon ovale Saccharomyces carlsbergensis Trichophyton sp.
	Vírusy
	Vírus chrípky Poliovírus Herpesvírus
	Prvoky
	Entamoeba histolytica Trichomonas vaginalis
	Treponémy
	Treponema pallidum
Acidorezistentné baktérie	
Mycobacterium	

#### Aké sú odpovede?

Zdravotnícki pracovníci v ambulanciách aj v lôžkových zdravotníckych zariadeniach používajú dezinfekčné prostriedky, ktoré možno rozdeliť do dvoch hlavných skupín:

- a) *s obsahom alkoholu* – často vysušujú a dráždia pokožku, pôsobia cytotoxicky, čím spomaľujú proces hojenia hlavne chronických rán. Pacienti po ich aplikácii neraz pociťujú svrbenie, pálenie, sťažujú sa na pocit suchej a napätej kože. Bežný je vznik

- 1) široké antimikrobiálne spektrum (tabuľka 1),
- 2) minimálna toxicita,
- 3) štatisticky nízky výskyt alergických reakcií,
- 4) možnosť použitia prípravku aj bez potreby riedenia,
- 5) primeraná chemická stabilita.

Dezinfekčné prípravky určené na kožu a rany môžu byť používané preventívne aj terapeuticky. V prevencii šírenia infekčných ochorení sa dobre osvedčili dezinfekčné mydlá v pevnej alebo tekutej forme. Nevýhodou pev-

ných mydiel je, že sa pri nevhodnom odkladaní (napr. v držiakoch na mydlo) často rozmočia. Oveľa vhodnejšia ako pevná je tekutá forma mydiel. Účinná látka, ktorá je v nich obsiahnutá, si zachováva lepšiu chemickú stabilitu a spoľahlivejšie pôsobenie v uzavretom a nepriehľadnom obale. Malé cestovné balenia tekutých mydiel a dezinfekčných roztokov sú vhodné pri rýchlej dezinfekcii rúk v teréne (návštevná služba lekára, lekárska služba prvej pomoci), aj pri cestovaní či športe.<sup>1</sup>

**Tabuľka 2 Spôsoby použitia tekutého mydla s PVP-I**

Použitie PVP-I vo forme tekutého mydla (obsah jódu 7,5 %)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dezinfekcia pokožky rúk a tela v domácnosti, po návšteve plavárne, fitness centra, pri výkone lekárskej služby prvej pomoci</li> <li>• ochrana pred prenosom nákazy v zdravotníctve, potravinárstve, školstve</li> <li>• intímna hygiena</li> <li>• akné a problematická pleť</li> <li>• pri výskyte lupín vo vlasoch</li> <li>• pred aj po holení</li> <li>• pri nadmernom potení</li> <li>• pri zápachu nôh</li> </ul>

Jód, ktorý sa nachádza vo viacerých druhoch dezinfekčných prostriedkov, má overený a spoľahlivý baktericídny účinok. Jeho oxidačné pôsobenie vyvoláva lýzu proteínov bunkovej steny baktérií a blokovanie pôsobenia intracelulárnych enzýmov podieľajúcich sa na metabolizme mikroorganizmov. V konečnom dôsledku tak dochádza nielen k zastaveniu látkovej premeny, ale aj deštrukcii steny baktérie. *Polyvinylpyrolidón (PVP)* vytvára spoločne s jódom vo vode rozpustný komplex. V dezinficienciách má funkciu nosiča, ktorý disponuje iba minimálnymi antigénnymi vlastnosťami, a tak je alergická na tieto preparáty zriedkavá (približne 3 prípady/1000 pacientov).

Povidonum iodatum (PVP-I) bol vyvinutý Americkou agentúrou pre letectvo a kozmonautiku (NASA) na univerzálne ošetrovanie rán pre projekt Apollo 11 už v roku 1969.<sup>2</sup> Úspešne sa dodnes používa v humánnej a veterinárnej medicíne. *Jeho výhodou je rýchly nástup účinku a zatiaľ nepopísaný vznik rezistencie.* A. Kramer a H. Below svojím výskumom potvrdili, že už po dvoch dňoch lokálneho ošetrovania pokožky PVP-I u skupiny dobrovoľníkov došlo u nich ku kompletnému zániku patogénnych kolónií na sledovanom povrchu.

*Dezinfekčné roztoky obsahujúce jód a PVP (PVP-I), napr. Betadine majú spoľahlivý účinok na G-negatívne baktérie (napr. Salmonella sp., E-coli, Klebsiella sp., Neisseria gonorrhoeae) vrátane polyrezistentných tzv. nemocných kmeňov a pôsobia aj na G-pozitívne baktérie (napr. streptokoky, stafylokoky vrátane MRSA). Eliminujú aj nebezpečné mykobaktérie (tuberkulóza), treponémy (syfilis), trichomonády (kvapavka) či vírusy chrípky, herpes vírusy a poliovírus (tabuľka 1).*

Zdravý človek sa môže infikovať patogénmi všade, kde dochádza k stretávaniu sa väčšieho počtu ľudí – napr.

pri uchopení kľučky na dverách v ambulancii, pri ceste v dopravných prostriedkoch (držadlá v električke, autobuse, lietadle), pri dotyku s kontaminovanými povrchmi, napr. na tlačidlách bankomatov alebo vo výťahoch, kontaktom s rukoväťami nákupných vozíkov v obchodoch, televíznymi ovládačmi v hotelových izbách alebo počítačovými myšami v internetových kaviarňach... Aktuálnou hrozbou pri zvýšenej migrácii obyvateľov a cestovaní je tiež riziko infekcie chrípkou, alebo nebezpečnými koronavírusmi – blízkovýchodným respiračným syndrómom (MERS) či syndrómom akútneho respiračného zlyhania (SARS). Osobitnú pozornosť si zaslúži jedinečné pôsobenie PVP-I na meticilín-rezistentné kmene zlatého stafylokok (MRSA).

### Ako používať dezinfekčný prostriedok obsahujúci PVP-I?

Optimálna koncentrácia dezinfekčného prostriedku s PVP-I sa stanovuje podľa účelu jeho použitia. Na dezinfekciu otvorenej rany alebo povrchu kože sa použije iná koncentrácia roztoku PVP-I ako napr. pri výplachu oka alebo ústnej dutiny (tabuľka 3). Účinnosť dezinfekčného postupu zvyšuje *primeraná časová frekvencia* jeho použitia – napr. pri dezinfekcii papúl a pluzgierov pri herpes simplex alebo herpes zoster sa autorke osvedčilo používanie PVP-I priamo na ložiská viackrát (4x) denne, dôkladné ošetrovanie ulcus cruris je však vykonávané raz denne a debridement aspoň 2x týždenne. Nie je vhodné z roztokov s PVP-I pripravovať obklady a ponechávať ich na rane, pretože môže dôjsť k povrchovej iritácii kože pacienta. Ďalšou indikáciou využitia PVP-I sú ošetrovania drobných domácich úrazov alebo športových poranení, napr. pluzgierov alebo odrení.<sup>1</sup>

Prínosné je aj jeho využitie v otorinolaryngológii (ORL) pri liečbe chronických bakteriálnych otitíd.<sup>3</sup> V ORL sa často lokálne aplikuje neomycín, ktorý pôsobí baktericídne na Proteus species aj Staphylococcus aureus. Nedostatkom je jeho neúčinnosť na G-negatívne anaeróbne baktérie a obmedzené pôsobenie na Pseudomonas aeruginosa. Z tohto dôvodu sa PVP-I využíva v ORL čoraz častejšie. Jeho širokospektrálne pôsobenie na G-negatívne aj G-pozitívne baktérie, mykobaktérie, vírusy, treponémy, huby aj prvoky je mimoriadne prínosné.<sup>3</sup> Navyše použitie PVP-I pri liečbe chronických otitíd je bezpečné, pretože neúčinkuje ototoxicky.<sup>4</sup> Nachádza uplatnenie v stomatochirurgii aj pri podpornej liečbe infekcií ústnej dutiny a hltana.<sup>5</sup> V roku 2002 T. Shirashi a Y. Nakagawa porovnávali vplyv vybraných dezinficiencií na prežívanie baktérií v ústnej dutine. Výsledky ich práce dokázali, že PVP-I už po 30 sekundách vyplachovania redukovalo v ústnej dutine baktérie o 99,4 % oproti kolonizácii pred začiatkom kloktania roztokom s PVP-I v porovnaní s účinkom cetylpyridium chloridu (97 %) a chlórhexidín glukonátu (59,7 %).

### Ošetrovanie chronických rán

Osobitnú kategóriu rán tvoria ťažko sa hojace defekty kože a podkožia, ktoré neraz zasahujú aj hlbšie štruktúry. V ambulanciách všeobecných lekárov ide predovšetkým o *dekubity, ulcus cruris* a tzv. *diabetickú nohu*. Pacienti postihnutí týmito ochoreniami sú pravidelnými náv-

**Tabuľka 3 Použitie PVP-I v praxi**

Oblasť použitia	Riedenie
<b>Dermatológia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mykózy, dermatózy, dermatitídy</li> <li>• ulcus cruris, dekubity</li> <li>• väčšie plochy kože (impetigo)</li> </ul>	neriedení 1:10 (doplnené 10% roztokom NaCl) 1: 20, kúpeľ 1:100
<b>Chirurgia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• predoperačná dezinfekcia kože</li> <li>• čistenie a revízia rán</li> <li>• preplachy, laváže, aseptické zákroky</li> <li>• septické operačné zákroky</li> <li>• abdominálna chirurgia</li> <li>• otvorené fraktúry</li> <li>• popáleniny</li> <li>• zubná, čelustná chirurgia, infekcie v ústnej dutine</li> </ul>	neriedení neriedení, resp. riedený 1:10 1:20 1:10 1:4 až 1:10 1:10 1:10 až 1:50, podľa rozsahu popálenín 1:10, pri dlhodobom užívaní 1:20
<b>Ortopédia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dezinfekcia kože (operačného poľa)</li> <li>• dezinfekcia, výplach rán</li> </ul>	neriedení 1:10, resp. 1:20
<b>Gynekológia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• predoperačná dezinfekcia vonkajších rodidiel, pošvy</li> <li>• vaginálne výplachy</li> </ul>	neriedení 1:20
<b>Očné lekárstvo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dezinfekcia rohovky (transplantácie)</li> <li>• laváže očnej dutiny</li> </ul>	1:16 1:100

števnikmi aj v ambulanciách dermatológov, chirurgov a angiológov. Terapia je nielen zdĺhavá, ale aj nákladná a pre pacienta vždy znamená zníženie kvality jeho života. Vzhľadom na infekčné komplikácie chronických rán je ich dezinfekcia a precízna toaleta absolútne nevyhnutná. Samotná rana je primárne kolonizovaná množstvom mikroorganizmov, ktoré sú často polyrezistentné a napriek celkovej či lokálnej antibiotickej liečbe sa ich nedarí eradikovať (tabuľka 4). Z uvedeného dôvodu je najdôležitejšie ranu udržiavať v čistote, pravidelne ju dezinfikovať a vykonávať debridement. Chybou je máčanie chronických rán v rôznych laicky pripravených roztokoch a ošetrovanie dezinfekčnými roztokmi s alkoholom, pretože oba úkony vedú k prežívaniu a rozmnoženiu mikroorganizmov, vzniku rezistencie, resp. vysúšaniu kože a vzniku ragád. Takýto postup je úplne nevhodný aj pri ošetrovaní *dekubitov*. Rana sa po neodborných zásahoch nehojí – negranuluje, ani neepitelizuje, časté sú lokálne prejavy alergickej reakcie. Typické je osídlenie rán komplikovane eradikovateľnými (neraz nozokomiálnymi) kmeňmi baktérií vrátane MRSA, vírusmi či mykobaktériami.<sup>6</sup> Obávanými infekčnými komplikáciami rozsiahlych dekubitov sú celulitída, sepsa, osteomyelitída, endokarditída, meningitída či septická artritída.<sup>7,8</sup> Osteomyelitída sa vyskytuje až u 17 – 32% pacientov s infikovanými dekubitmi.<sup>9,10</sup> V praxi často podceňovaná je bakteriémia, ktorá reálne ohrozuje život pacienta.<sup>11</sup> Jej prejavy môžu byť búrlivé (febrilita, vracanie, hypotenzia), ale oveľa častejšie majú nenápadný protrahovaný priebeh (subfebrilita, nechuť do jedla, apatia), ktorý neraz oddiali jej definitívnu

diagnostiku a liečbu. Závažné sú tiež neinfekčné komplikácie dekubitov – amyloidóza, perineouretrálne fistuly a pseudoaneurizmy.

Alarmujúcim príznakom je v súvislosti s chronickou ranou zápach, subfebrilita až febrilita alebo iné známky zápalu (bolesť, inflamácia). Pri liečbe chronických lézií je ster z rany nevyhnutnosťou kvôli identifikácii kolonizujúcich mikroorganizmov. Používanie lokálnych antibiotických masťí alebo zásypov sa neodporúča nielen pre potenciálne rozšírenie rezistencie mikroorganizmov, ktoré pravidelne osídľujú chronické rany, ale aj preto, že PVP-I má jednoznačne lepší efekt na ich eradikáciu ako lokálne aplikované antibiotiká.<sup>12</sup> Ak defekt nie je primerane vyčistený a dezinfikovaný, liečba sa predlžuje, čím obťažuje pacienta a zvyšuje náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť.

Pri ošetrovaní vredov predkolenia (*ulcus cruris*) pri chronickej venóznei insuficiencii sú výsledky s využívaním PVP-I ešte zaujímavejšie. Cieľom realizovaných výskumov bolo zistiť, či osvedčená kompresívna liečba je prínosnejšia pri súčasne podávanej systémovej antibiotickej liečbe, alebo je vhodnejšie lokálne aplikovanie PVP-I a kompresívnej terapie. V štúdiu, ktorá sa uskutočnila v roku 2001 v Maďarsku, bolo sledovaných spolu 63 pacientov s *ulcus cruris*, z toho 42 pacientov používalo kompresívnu liečbu.<sup>12</sup> V jednom ramene štúdie 21 pacientov dostávalo systémove antibiotiká (amoxicilín), druhom ramene boli chronické rany ošetrované PVP-I bez inej liečby, pričom pacienti v oboch ramenách využívali aj kompresívnu terapiu. Cieľom štúdie bolo zistiť, či dôjde



Obrázok 1 Tzv. diabetická noha pred začatím lokálnej liečby



Obrázok 2 Tzv. diabetická noha – po uplynutí 20 dní lokálnej liečby. Lokálny nález výrazne zlepšený po ošetrovaní koncentrovaným roztokom PVP-I a pravidelnom debridemente. Nebolo použité žiadne lokálne ani systémové antibiotikum.



k rýchlejšiemu hojeniu chronických lézií, ak sa použijú systémovo pôsobiace antibiotiká. V ramene, kde bola použitá kompresná terapia spolu s PVP-I, sa táto kombinácia ukázala efektívnejšia (82 %) v porovnaní PVP-I bez kompresnej liečby (62 %). V ramene s podávaním amoxicilínu nedošlo k signifikantne rýchlejšiemu zaceleniu defektu (85 %) než v ramene s PVP-I. Zaujímavé bolo zistenie, že k relapsu ochorenia s povrchovou bakteriálnou infekciou (napr. folikulitída, impetigo) došlo signifikantne vo vyššom počte prípadov po použití systémového antibiotika (32 %) ako po aplikácii výlučne PVP-I (11 %).

Opäť sa tiež potvrdilo, že kompresívna liečba je základnou a nevyhnutnou zložkou komplexnej terapie ulcus cruris. Podávanie systémových antibiotík je teda vhodné iba vtedy, ak sú u pacientov prítomné celkové prejavy infekcie, resp. septikémie (febrilita, erysipelas, lymfangitída, lymfadenopatia). K rovnakému záveru dospel aj tím, ktorý v roku 2014 vykonal metaanalýzu výsledkov štúdií, ktoré sa venovali skúmaniu súvislosti medzi lokálne aplikovanou terapiou a rýchlosťou hojenia chronických rán.<sup>13</sup> Vyplývalo z nej, že najefektívnejším spôsobom ošetrovania infikovaného venózneho ulcus cruris je používanie lokálnych

Tabuľka 4 Spektrum účinnosti PVP-I a kolonizácia kože diabetika

Baktérie na koži diabetika – spektrum účinnosti PVP-I	
Účinnosť PVP-I	Koža diabetika
áno	Staphylococcus pyogenes
áno	Streptococcus – beta-hemolytický, skupina A
áno	Pseudomonas aeruginosa
áno	MRSA
áno	Huby (Candida albicans)
áno	vírusy

dezinficiencií na báze PVP-I, peroxidu vodíka, etakridín laktátu a podobne. Signifikantné urýchlenie hojenia podľa analýzy neprineslo ani používanie preparátov striebra, aplikácia lokálnych či celkových antibiotík. Pri takomto postupe dokonca štatisticky stúplo riziko vypestovania rezistentných kmeňov baktérií.<sup>14</sup>

#### Aké ďalšie formy PVP-I je možné použiť v ambulancnej praxi?

Pokiaľ je potrebné zmäkčiť kožné lézie (napr. chrasty), zaistiť ich dezinfekciu a súčasne aj premastenie, je vhodné použiť masť obsahujúcu PVP-I. Môžu sa ňou potierať pooperačné rany, aby sa obvazy na ranu neprichytili a po ich odstránení jej povrch nebol poškodený a prípadne aj infikovaný. Týka sa to aj menších rán a hlbších odrenín, kde nie je žiaduce, aby sa odstránením obväzu povrch hojacej sa rany nenarúšal.

V gynekológii sa využíva s dobrým efektom nielen mydlo, roztok, ale aj masť a vaginálne čapíky na báze PVP-I:

- **masť obsahujúca PVP-I (10 % obsahu jódu):**
  - popáleniny,
  - dermatitídy,
  - liečba vredov a dekubitov,
  - akné,
  - zmäkčenie krúst (chrasty);
- **vaginálne čapíky:**
  - všetky formy vaginálnych infekcií.

#### Záver

Všeobecný lekár rieši v ambulancnej praxi rôzne klinické situácie. Riziková je práca hlavne s pacientmi, ktorých lekár nepozná, napr. pri výkone lekárskej služby prvej pomoci. Čoraz častejšie sa vyskytujú prednedávnom zriedkavejšie infekčné ochorenia (tuberkulóza, syfilis), agresívne vírusové choroby (mutované vírusy chrípky, koronavírusy, herpetické vírusy), liečba mykóz sa stáva čoraz komplikovanejšou a lavínovite stúpa nebezpečná rezistencia mikroorganizmov. Z uvedených dôvodov je na mieste mimoriadna opatrnosť na miestach vyššej koncentrácie neznámych ľudí, pri cestovaní aj v zdravotníckych zariadeniach. Využitie prípravkov s PVP-I v ambulanciách všeobecných lekárov tak slúži nielen na liečbu pacienta, ale aj ochranu zdravia samotného lekára pri výkone jeho práce.

#### Literatúra:

1. GOLDENBERG, M. S. 1996. Wound care management: proper protocol differs from athletic trainers' perceptions. *J Athl Train.* 1996;31:12–16.
2. PANCORBO-HIDALGO, P. L. et al. 2006. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2006;54(1):94–110.
3. AL-ABBASI, A. M. 2006. Efficacy of Povidone Iodine in Treatment of Active Chronic Suppurative Otitis Media. *JIMA:Volume 38,* 2006, page 118-121.
4. PEREZ, R. et al. Vestibular and cochlear ototoxicity of topical antiseptics assessed by evoked potentials. *Laryngoscope.* 2000;110:1522-7.
5. NAGATAKE, T. – AHMED, K. – OISHI, K. 2002. Prevention of Respiratory Infections by Povidone-Iodine Gargle. *Dermatology* 2002;204:32-36.
6. BLUESTEIN, D. – JAVAHERI, A. 2008. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management. *Am Fam Physician.* 2008 Nov 15;78(10):1186-1194.
7. LIVESLEY, N. J. – CHOW, A. W. 2002. Infected pressure ulcers in elderly individuals. *Clin Infect Dis.* 2002;35(11):1390–1396.
8. Agency for Health Care Policy and Research. *Treatment of pressure ulcers.* Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, 1994. [Cit. 2015-06-20]. AHCPR Publication No. 95-0652. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63891/?report=reader>.
9. DAROUICHE, R. O. et al. 1994. Osteomyelitis associated with pressure sores. *Arch Intern Med.* 1994;154(7):753–758.
10. LIVESLEY, N. J. – CHOW, A. W. 2002. Infected pressure ulcers in elderly individuals. *Clin Infect Dis.* 2002;35(11):1390–1396.
11. BRYAN, C. S. – DEW, C. E. – REYNOLDS, K. L. 1983. Bacteremia associated with decubitus ulcers. *Arch Intern Med.* 1983;143(11):2093–2095.
12. DARÓCZY, J. 2006. Quality control in chronic wound management: the role of local povidone-iodine (Betadine) therapy. *Dermatology* 2006 ;212 Suppl 1:82-7.
13. O'MEARA, S. et al. 2014. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jan 10;1:CD003557. doi: 10.1002/14651858.CD003557.pub5.
14. ABBADE, L. P. F. A. – MIOT, H. A. Chronic ulcers: considerations about contaminant flora, infection and antimicrobial treatment. *An Bras Dermatol.* 2014 Nov-Dec; 89(6): 1022–1023.

# Kombinačná hypolipidemická liečba v klinickej praxi

MUDr. Lubomíra Fábryová, PhD.

Metabol KLINIK, s. r. o., Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy

Špecializovaná lipidologická ambulancia, MED PED centrum, Bratislava

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 25 – 30.

**Abstrakt:** *Epidemiologické, humánne genetické, experimentálne a intervenčné klinické štúdie ukázali, že zvýšená hladina LDL-cholesterolu (LDL-C) je spojená s aterosklerózou a zvýšeným rizikom kardio-cerebrovaskulárnych príhod. Súčasný štandard prevencie kardio-cerebrovaskulárnych ochorení zdôrazňuje dôležitosť dosahovania cieľových hodnôt pre LDL-C a statíny sú preferovanou liečbou ako v sekundárnej, tak aj v primárnej prevencii. Napriek všetkému ani statíny nedokážu splniť niektoré ciele. Iba nízke percento najrizikovejších pacientov užívajúcich maximálne dávky statínov alebo individuálne najväčšie tolerované dávky dosahuje cieľové hodnoty pre LDL-C. S narastajúcim počtom pacientov liečených statínmi sa čoraz častejšie vyskytuje aj intolerancia voči tomuto lieku. Ďalším problémom je non-adherencia k statínovej liečbe, ako aj vysoké reziduálne kardiovaskulárne riziko. Kombinácia hypolipidemická liečba ho môže pomôcť ovplyvniť. V súčasnosti existuje možnosť do kombinácie so statínmi pridávať ezetimib (ďalšia redukcia LDL-C) alebo fenofibrát (ovplyvnenie aterogénnej dyslipidémie) aj vo fixných kombináciách. Kombinácia hypolipidemická liečba v našej klinickej praxi je však stále málo využívaná.*

**Kľúčové slová:** kombinácia hypolipidemická liečba, statín, ezetimib, fenofibrát, fixné kombinácie

**Summary:** *The epidemiological, human genetic, experimental and clinical intervention studies have shown that increased levels of LDL-cholesterol (LDL-C) are associated with atherosclerosis and increased risk of cardio-cerebrovascular events. The current standards for the prevention of cardio-cerebrovascular diseases emphasize the importance of achieving target levels for LDL-C. Statins have the largest medical evidence and they are the first line treatment in secondary prevention, as well as primary prevention. However, certain goals in clinical practice still cannot be fulfilled through the use of statins. Only a small percentage of high risk patients on the maximum doses of statins or on the maximum tolerated doses of statins achieve target values for LDL-C. With an increasing number of patients treated with statins we face also an increase in the number of statin-intolerant patients. Another problem is the non-adherence to statin treatment and the high residual cardiovascular risk. Combined hypolipidemic therapy can help reduce this risk. Today we have the opportunity to add ezetimibe to statins (for further reduction of LDL-C) or fenofibrate (effect on atherogenic dyslipidaemia) in fixed combinations. Nevertheless, the usage of hypolipidemic combination therapy in our clinical experience is still very low.*

**Key words:** combined hypolipidemic therapy, statins, ezetimibe, fenofibrate, fixed combinations

Epidemiologické, humánne genetické, experimentálne a intervenčné klinické štúdie ukázali, že zvýšená hladina LDL-cholesterolu (LDL-C) je spojená s aterosklerózou a zvýšeným rizikom kardio-cerebrovaskulárnych príhod. Toto riziko stúpa lineárne so stúpajúcou hodnotou LDL-C. Súčasný štandard prevencie kardio-cerebrovaskulárnych ochorení zdôrazňuje dôležitosť dosahovania cieľových hodnôt pre LDL-C. V hypolipidemickú liečbu majú najpreskúmanejšie účinky statíny, ktoré sú liečbou prvej línie v sekundárnej prevencii, ale aj primárnej prevencii. Liečba statínmi vedie k vysokoefektívnej redukcii vaskulárnych príhod. Z metaanalýzy 27 randomizovaných klinických štúdií v rámci Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration (CTT) statíny viedli k redukcii rizika veľkých koronárnych príhod o 24 % na každé zníženie LDL-C o 1 mmol/l (95 % CI 0,73 – 0,79), cievnnej príhody o 15 % (0,80 – 0,89) a koronárnych revaskularizácií o 24 % (0,73 – 0,79). Rozsah týchto benefitov je rovnaký u mužov a žien, fajčiarov a nefajčiarov, u starých alebo mladých osôb, u osôb s rôznymi

stupňami obezity, s rôznym krvným tlakom a glykémiou.<sup>1,2</sup> Statínová liečba nezvyšuje riziko incidencie nádorových ochorení (hazard ratio 1,00, 95 % CI 0,96 – 1,04) alebo mortality spôsobenej nádorovými ochoreniami (0,99, 0,93 – 1,06). Niektoré metaanalýzy ukázali malé zvýšenie rizika rozvoja diabetes mellitus (DM) pri statínovej liečbe, avšak benefit v zmysle zníženia počtu vaskulárnych príhod vysoko prevažuje toto riziko.<sup>3</sup> Dnes vieme, že terapia intenzifikovaná statínmi vedie k ďalšej redukcii incidencie kardio-cerebrovaskulárnych príhod v porovnaní s terapiou štandardnými dávkami statínov.<sup>4,5</sup>

Napriek všetkému statíny v klinickej praxi nedokážu splniť všetky ciele.

Iba nízke percento najrizikovejších pacientov užívajúcich maximálne dávky statínov alebo individuálne najväčšie tolerované dávky dosahuje cieľové hodnoty pre LDL-C. Podľa štúdie EUROASPIRE IV iba 58 % pacientov v sekundárnej prevencii dosahuje LDL-C < 2,5 mmol/l a 21 % pacientov LDL-C < 1,8 mmol/l.<sup>6</sup>



Z výsledkov prierezovej štúdie DYSIS, ktorá hodnotila prevalenciu lipidových porúch u 2 847 vysokorizikových pacientov liečených statínmi (Švédsko, Dánsko, Nórsko) vo veku > 45 rokov s koronárnou chorobou srdca a DM vyplynulo, že cieľové hodnoty pre LDL-C (resp. celkový cholesterol) nedosahovalo až 35 – 52 % (resp. 33 – 64 %) pacientov.<sup>7</sup>

S narastajúcim počtom osôb užívajúcich statínovú terapiu rastie aj počet pacientov s intoleranciou statínov.<sup>8,9</sup> Zvyšovanie dávky statínov môže byť jednou z možných príčin vzniku nežiaducich udalostí. Ďalším významným problémom v klinickej praxi je non-adherencia k liečbe (tabuľka 1). Podľa literárnych údajov 6 z 10 pacientov ukončuje liečbu statínmi počas prvých šiestich mesiacov od začatia liečby. S istotou je možné povedať, že najmenej prínosná je liečba, ktorú pacient neužíva.

**Tabuľka 1 Príčiny non-adherencie k statínovej liečbe**

Faktory zo strany pacienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• komorbidity</li> <li>• obmedzené finančné možnosti</li> <li>• psychologické faktory</li> </ul>
Praktické faktory	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neznalosť nutnosti dlhodobej liečby</li> <li>• časové faktory</li> <li>• nedostatočná komunikácia medzi lekárom a pacientom</li> </ul>
Systémové faktory	<ul style="list-style-type: none"> <li>• náklady na lieky</li> <li>• nedostatočné klinické monitorovanie</li> <li>• vedľajšie nežiaduce udalosti</li> </ul>

Non-adherencia k liečbe statínmi je veľmi dôležitým faktorom prevencie a liečby kardiovaskulárnych (KV) ochorení, ako aj zníženia KV morbidita a mortality.<sup>10,11</sup>

Redukcia relatívneho rizika KV príhod sa po statínovej liečbe pohybuje v rozsahu 25 – 35 %, v závislosti od vstupnej úrovne rizika, pacientovej odpovede na hypolipidemickú liečbu, dávky a typu statínu. Napriek monoterapii statínom (v štandardných aj intenzifikovaných dávkach) až tri štvrtiny rizikových pacientov dostane a zomrie na závažnú KV príhodu aj vtedy, keď

sa dosiahnu požadované cieľové hodnoty pre LDL-C. Tento fakt bol pomenovaný ako *reziduálne kardiovaskulárne riziko*<sup>12,13</sup> a predstavuje závažný problém aj v súčasnosti, napriek dostupnosti modernej farmakoterapie. Príčinou je aj existencia ďalších skupín pacientov (s abdominálnou obezitou, metabolickým syndrómom, diabetikom 2. typu) s komplexnejšími lipidovými poruchami (aterogénna dyslipidémia, non-LDL-dyslipidémia).<sup>14-17</sup>

Jednou z možností pre zlepšenie tohto stavu je využívanie kombinačnej hypolipidemickej liečby (najmä fixných kombinácií), čo v terapii dyslipidémii nie je také bežné ako pri artériovej hypertenzii. Treba poznamenať, že kombinačná hypolipidemická liečba je v našej klinickej praxi ešte stále využívaná len zriedka, napriek tomu, že máme rozsiahle a dobré skúsenosti s kombinačnou

liečbou v terapii iných ochorení (artériová hypertenzia, diabetes mellitus 2. typu, nádorové ochorenia; tabuľka 2). Dôvodom je aj fakt, že pre efektivitu kombinačnej hypolipidemickej liečby neexistuje toľko dôkazov ako pre anti-hypertenzívnu terapiu. Avšak intervencia dyslipidémie je zásadným pilierom úspechu v primárnej i sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych príhod. Zo štúdie STENO je známe, že takmer 70 % úspechu pri znižovaní KV rizika diabetika 2. typu pripadá na farmakologický manažment dyslipidémie.<sup>18</sup>

**Tabuľka 2 Dôvody „pre a proti“ využívaniu kombinačnej hypolipidemickej liečby v klinickej praxi**

Pre	Proti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dlhoročné klinické skúsenosti s kombinačnou liečbou v terapii iných ochorení (napr. artériová hypertenzia, diabetes mellitus, nádorové ochorenia, atď.)</li> <li>• zvýšenie účinnosti hypolipidemickej liečby cestou aditívnych a synergistických efektov jednotlivých hypolipidemík</li> <li>• redukcia výskytu nežiaducich udalostí pri použití nižších dávok účinnej látky</li> <li>• výber liekov s rôznym profilom nežiaducich udalostí zlepšuje tolerabilitu liečby a compliance pacientov</li> <li>• ovplyvnenie celého lipidového spektra s väčšou pravdepodobnosťou dosahovania cieľových hodnôt</li> <li>• ovplyvnenie makrovaskulárneho i mikrovaskulárneho reziduálneho rizika u vysokorizikových pacientov na cieľových hodnotách LDL-C</li> <li>• možnosť využitia „pleiotropných“ účinkov ostatných hypolipidemík</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• možným rizikom je zvýšenie výskytu nežiaducich udalostí, ktoré sa podarí odhaliť v klinickej praxi pri expozícii väčšieho počtu pacientov (platí ako pre monoterapiu, tak aj pre kombinačnú liečbu)</li> </ul>

V súčasnosti je možné do kombinácie so statínmi pridávať ezetimib (k dispozícii je aj fixná kombinácia so simvastatínom) s cieľom ďalšej redukcie LDL-C) alebo fenofibrát (ovplyvnenie aterogénnej dyslipidémie – non-LDL-dyslipidémie). Novinkou, ktorá môže pomôcť účinnejšie znižovať vysoké kardiovaskulárne riziko, je prvá fixná kombinácia fenofibrátu so simvastatínom v dávkach 145/40 mg alebo 145/20 mg. Táto terapia je dostupná od 1. 1. 2015 bez preskripčného obmedzenia.

#### Účinky simvastatínu v kombinácii statín-fenofibrát

Statíny sú inhibítory hepatálnej HMG-CoA reduktázy, katalyzátora dôležitého kroku pri biosyntéze cholesterolu. Inhibíciou HMG-CoA reduktázy dochádza k zníženiu koncentrácie cholesterolu v pečenej bunke. Následkom je zvýšenie počtu LDL receptorov na povrchu hepatocytu s vychytávaním VLDL- a LDL častíc z krvi s poklesom koncentrácií týchto lipoproteínov v systémovej cirkulácii. Dominantným účinkom statínov je redukcia LDL-C (ako aj celkového cholesterolu) s redukciami kardio-cerebrovaskulárnej, ale aj celkovej morbidít a mortality v primárnej i sekundárnej prevencii. Účinok jednotlivých statínov na zníženie LDL-C je rôznych (od 20 do 60%) a závisí od druhu a dávky použitého statínu, ako aj od typu dyslipidémie (tabuľka 3). Simvastatín v dávke 10 mg redukuje LDL-C o 27%, v dávke 20 mg o 34%. S každým zdvojnásobením dávky statínu klesne LDL-C iba o cca 6 – 7% a celkový cholesterol iba o cca 5%. Statíny mierne až stredne znižujú hladinu triacylglycerolov a mierne zvyšujú hladinu HDL-C.

ich toleruje. Spomedzi nežiaducich účinkov sú najzávažnejšie poškodenie pečene a myopatie, pri ktorých môže zriedkavo dôjsť až k rabdomyolóze. Grapefruitový džús zvyšuje riziko myopatie, preto sa odporúča striednosť pri jeho konzumácii.

V prípade diabetika po infarkte myokardu základom jeho liečby bude bezpochyby statín. Metaanalýza údajov zo 14 klinických štúdií (viac ako 18 000 diabetikov) dokázala, že statíny u diabetikov znižujú nielen riziko kardiovaskulárnych príhod, ale aj celkovú mortalitu.<sup>19</sup> Avšak vzhľadom na častú prítomnosť aterogénnej dyslipidémie by sa malo zvažovať prídanie lieku, ktorý ďalej ovplyvní hladinu triacylglycerolov (TAG) aj HDL-C. Túto podmienku pre zaradenie do kombináčnej hypolipidemickej liečby spĺňajú fibráty.

#### Účinky fenofibrátu v kombinácii statín-fenofibrát

Mechanizmus účinku fibrátov je veľmi komplexný. Fibráty sú syntetické ligandy PPAR $\alpha$  receptorov (peroxisome proliferator-activated  $\alpha$ -receptors). Prostredníctvom väzby na tieto jadrové receptory ovplyvňujú expresiu mnohých génov, ktoré sa zúčastňujú na metabolizme lipoproteínov. Primárne ovplyvňujú základné črty aterogénnej dyslipidémie, ktorá je charakterizovaná kvantitatívnymi zmenami (zvýšená koncentrácia TAG, zníženie koncentrácie cholesterolu prenášaného HDL časticami, mierny vzostup LDL-C) a kvalitatívnymi zmenami (dysfunkcia HDL častíc, kumulácia malých denzných LDL častíc). Sumárne ide o zmeny metabolizmu lipoproteínov, ktoré zvyšujú aterogenicitu plazmy (tabuľka 5).

Tabuľka 3 Efekt statínov dostupných v SR na redukciu LDL-cholesterolu

Denná dávka	Rosuvastatín	Atorvastatín	Fluvastatín	Lovastatín	Simvastatín
10 mg	-52 %	-39 %		-21 %	-30 %
20 mg	-55 %	-43 %		-27 %	-38 %
40 mg	-63 %	-50 %		-32 %	-41 %
80 mg		-60 %	-36 %		*

\*simvastatín v dávke 80 mg stiahol americký Úrad pre kontrolu potravín a liekov 8. 6. 2011 z trhu

Tabuľka 4 Indikácie a kontraindikácie liečby statínmi

Statíny	
Indikácie	Kontraindikácie
<ul style="list-style-type: none"> <li>izolovaná hypercholesterolémia</li> <li>kombinovaná hyperlipidémia</li> </ul>	<p><b>Absolútne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> gravidita, laktácia</li> <li> závažné postihnutie pečene</li> </ul> <p><b>Relatívne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> detský vek</li> <li> ženy – fertílly vek bez bezpečnej antikoncepcie</li> <li> renálna insuficiencia (nutnosť redukcie dávky)</li> <li> súčasná liečba imunosupresívami</li> <li> kombinácia viacerých liekov (zohľadniť metabolizmus jednotlivých statínov v pečeni a spôsob ich vylučovania)</li> </ul>

Liečba statínmi sa odporúča u pacientov s hypercholesterolémiou a u pacientov s kombinovanou hyperlipoproteinémiou s prevahou hypercholesterolémie (tabuľka 4). Užívanie statínov je bezpečné a 90 – 95% pacientov

Fibráty znižujú TAG o 25 – 50% (podstatnejšia redukcia je u pacientov s vyššou koncentráciou TAG pred liečbou), znižujú postprandiálne TAG a remnantné lipoproteínové častice, zvyšujú koncentráciu HDL-C o 10 – 20%, znižujú

**Tabuľka 5 Charakteristika aterogénnej dyslipidémie súvisiacej s obezitou, metabolickým syndrómom a diabetes mellitus 2. typu**

Hlavné nezávislé rizikové faktory KVO
↓ koncentrácie HDL-C
↓ apolipoproteínu A-I
↑ TAG a lipoproteínov bohatých na TAG
↑ non HDL-C
↑ apolipoproteínu B
Iné súvisiace rizikové faktory
↑ postprandiálnych TAG
↑ počtu LDL častíc
↑ apolipoproteínu C-III
Iné prejavy aterogénnej dyslipidémie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prítomnosť malých denzných LDL častíc</li> <li>• malé denzné HDL častice, prebeta-1 HDL, alfa-3 HDL</li> </ul>

koncentráciu celkového cholesterolu o 10 – 25 %, LDL-C o 5 – 20 %. Fenofibrát vedie k redukcii počtu malých denzných LDL častíc o 50 %. Fibráty majú aj početné pleiotropné účinky sprostredkované reguláciou génov ovplyvňujúcich zápal a trombogénu, spôsobujú pokles fibrinogénu.<sup>20</sup>

Fibráty sú všeobecne veľmi dobre tolerované u veľkej skupiny pacientov. Najčastejším vedľajším účinkom fibrátov sú gastrointestinálne ťažkosti (klofibrát zvyšoval litogenicitu žlče a náchylnosť na tvorbu žlčových kameňov), v súčasnosti používané fibráty 2. a 3. generácie nemajú tento efekt dokázaný. Fenofibrát a ciprofibrát znižujú hladinu fibrinogénu, preto pri súčasnej antikoagulačnej liečbe je potrebné častejšie sledovať protrombínový čas. Naopak, gemfibrozil zvyšuje hladinu fibrinogénu, preto nie je indikovaný u pacientov, ktorí sú liečení antikoagulantami. V prípade liečby fibrátom je dôležitou otázkou ich vplyv na zvýšenie sérového kreatinínu. Jeho vzostup bol pozorovaný vo „fibrátových“ štúdiách a pravdepodobne nesúvisí s glomerulárnou filtráciou, ktorú podávanie fibrátu neovplyvňuje. Z analýz štúdií FIELD a ACCORD vyplýva, že sa tento stav upravil bez reziduálneho účinku na funkciu obličiek. Fibráty sa primárne vylučujú obličkami, preto je potrebné sledovať najmä pacientov s renálnou insuficienciou (nutnosť kontroly kreatinínu) a znížiť im dávku (tabuľka 6).

**Tabuľka 6 Prehľad indikácií a kontraindikácií podávania fibrátov**

Fibráty	
Indikácie	Kontraindikácie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• izolovaná hypertriacylglycerolémia</li> <li>• kombinovaná hyperlipidémia</li> <li>• aterogénna dyslipidémia</li> </ul>	<p><b>Absolútne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gravidita, laktácia,</li> <li>• detský vek</li> <li>• poškodenie pečene</li> </ul> <p><b>Relatívne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manifestná cholecystolitáza</li> <li>• ženy – fertílly vek bez bezpečnej antikoncepcie</li> <li>• steatóza pečene s miernym zvýšením AST, ALT</li> <li>• chronická renálna insuficiencia</li> <li>• pacienti v dialyzačnom programe</li> </ul>

## Účinky (fixnej) kombinácie simvastatín-fenofibrát

Kombinácia statínu s fenofibrátom bola ako jediná testovaná vo veľkej mortalitnej štúdií, pre žiadnu inú kombináciu statínu s fenofibrátom nie sú údaje o mortalite dispozícií.

Lipidové rameno štúdie ACCORD (The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) testovalo účinnosť fenofibrátu oproti placebo u 5 518 diabetikov 2. typu vo vysokom KV riziku užívajúcich simvastatín. Hoci fenofibrát viedol k signifikantnému zlepšeniu celkového cholesterolu, TAG a HDL-C v porovnaní s placebom, nedošlo k významnému poklesu počtu fatálnych KV príhod, nefatálneho infarktu myokardu alebo nefatálnej cievnnej mozgovej príhody. Avšak vo vopred predšpecifikovanej analýze podskupín bol trend k benefitu pri liečbe fenofibrátom u pacientov s typickou aterogénnou dyslipidemiou, kde boli hladiny TAG  $\geq 2,3$  mmol/l a hladiny HDL-C  $\leq 0,88$  mmol/l. V tejto skupine pacientov prinieslo prídanie fenofibrátu k statínu 31 % pokles kardiovaskulárneho rizika (relatívna redukcia rizika), s redukciou absolútneho rizika o 4,9 % s veľmi nízkym NNT (number-needed-to-treat) = 20 pacientov počas 5 rokov liečby.<sup>21</sup> Potvrdili sa tým výsledky, ktoré boli známe z predchádzajúcich fibrátových štúdií (FIELD).<sup>22-24</sup>

Metaanalýza fibrátových štúdií v skupine pacientov s aterogénnou dyslipidemiou poukázala na 35 % pokles KV príhod.<sup>25</sup>

V podštúdií ACCORD Eye fenofibrát viedol k významnej redukcii progresie diabetickej retinopatie o 40 % (OR 0,60, 95 % CI 0,42 – 0,87, p = 0,006).<sup>26</sup>

Liečba fenofibrátom môže znížiť reziduálne mikrovaskulárne riziko u diabetikov 2. typu. Na základe výsledkov štúdií bol v Austrálii fenofibrát schválený ako prídavná terapia na prevenciu progresie včasných štádií diabetickej retinopatie. Vo Veľkej Británii sa táto liečba už dostala do algoritmov manažmentu diabetikov.<sup>27</sup>

V roku 2014 boli publikované nové poznatky zo štúdie REALIST Microvascular Study zameranej na vplyv aterogénnej dyslipidémie na riziko diabetickej nefropatie.<sup>28</sup>

Niektoré práce poukazujú na fakt, že fibráty dokážu viesť aj k miernej redukcii glykémie, čo so súčasným znížením TAG môže vysvetliť redukciiu metabolického syndrómu u pacientov liečených fibrátmi. V kombinácii so statínmi môžu fibráty eliminovať riziko zvýšenia glykémie asociovaného s liečbou statínmi.<sup>29,30</sup>



S kombináciou fenofibrát – simvastatín prebiehala štúdia SAFARI. Táto multicentrická, randomizovaná 18 týždňov trvajúca štúdia skúmala efekt kombinácie simvastatínu (20 mg) s fenofibrátom (160 mg) oproti liečbe samotným simvastatínom (20 mg) na redukciu TAG, zlepšenie lipoproteínového fenotypu, ako aj na bezpečnosť a tolerabilitu liečby. Pacienti boli vo veku 21 – 68 rokov, s kombinovanou dyslipidémiou (TAG  $\geq$  1,7 mmol/l a  $\leq$  5,7 mmol/l) a LDL-C  $>$  3,4 mmol/l nastavení na monoterapiu simvastatínom (20 mg/deň, n = 207) alebo kombináciu simvastatínu 20 mg s fenofibrátom 160 mg/deň (n = 411). TAG klesli o 43,0% pri kombináčnej liečbe a o 20,1% pri monoterapii simvastatínom (-23,6%, p < 0,001). Priemerné hodnoty LDL-C (kombinačná vs simvastatínová liečba) sa znížili o 31,2%, resp. 25,8% (-5,4%, p < 0,001) a HDL-C sa zvýšil o 18,6% resp. 9,7% (8,8%, p < 0,001). Z tejto štúdie pochádzajú aj údaje o 51% poklese prítomnosti malých denzných LDL častíc (čiže zmena lipoproteínového fenotypu z B na fenotyp A). Nebola zaznamenaná klinická myopatia alebo závažné abnormality pečeneových funkcií. Kombinácia liečba simvastatín 20 mg a fenofibrát 160 mg bola bezpečná a viedla k úprave celého lipidového spektra.<sup>31</sup>

V Česku prebiehala v 16 centrách klinická štúdia s podávaním prvej fixnej kombinácie fenofibrátu a simvastatínu v množstvách 145/40 mg, resp. 145/20 mg. Podľa očakávania prinieslo 12-týždňové užívanie tejto fixnej kombinácie v porovnaní s monoterapiou statínom dramatický pokles TAG, priaznivé ovplyvnenie LDL-C a zvýšenie HDL-C, podobne ako v štúdiu ACCORD. Tolerancia fixnej kombinácie bola veľmi dobrá. Priaznivé boli aj bezpečnostné údaje. Vo výskyte nežiadúcich udalostí neboli zaznamenané žiadne významné rozdiely medzi fixnou kombináciou simvastatínu s fenofibrátom a simvastatínom podávaným samostatne. Tolerancia fixnej kombinácie bola veľmi dobrá (tabuľka 7).

V novej fixnej kombinácii je fenofibrát vo forme nanočastíc, čo zlepšuje jeho biologickú dostupnosť a umožňuje zníženie množstva účinnej látky pri zachovaní rovnakého biologického účinku. Novú fixnú kombináciu je možné podávať nezávisle od príjmu potravy kedykoľvek v priebehu dňa, v jednej tablete raz za deň

**Tabuľka 7 Vplyv gemfibrozilu a fenofibrátu na koncentráciu statínov ( $C_{max}$ )**

Statín	+ gemfibrozil	+ fenofibrát
atorvastatín	malý efekt	bez efektu
fluvastatín	bez efektu	bez efektu
lovastatín	$\uparrow C_{max}$ 2,8 x	údaje nedostupné
rosuvastatín	$\uparrow C_{max}$ 2,0 x	bez efektu
simvastatín	$\uparrow C_{max}$ 2,0 x	bez efektu

#### Ako postupovať u pacientov na (fixnej) kombinácii simvastatín s fenofibrátom?

Napriek všetkým pozitívnym správam o nízkom výskyte nežiadúcich udalostí pri fixnej kombináčnej hypolipidemickej liečbe treba vždy pamätať na možnosť vzniku

*myopatie*. Táto bola vždy považovaná za hlavný problém tejto účinnej kombinácie. Pod pojmom myopatia sa obvykle rozumie svalové bolesti sprevádzané vzostupom kreatínfosfokinázy (CK). Pri kombináčnej hypolipidemickej liečbe musí byť pacient poučený o možných rizikách, o nutnosti prerušenia liečby pri podozrení na nežiaduce udalosti a o nevyhnutnosti dôsledného kontaktu s ošetrovateľom. Pacienta treba upozorniť na to, že na rozvoji myopatie sa môže podieľať aj konzumácia alkoholu. V literatúre sa často uvádza, že je akceptovateľné tolerovať zvýšenie CK do 3-násobku horného limitu normy pri svalových ťažkostiach a nad 10-násobok horného limitu, ak je pacient asymptomatický. Avšak v klinickej praxi považujeme za vhodné liečbu vysadiť pri pretrvávajúcej myalgii súvisiacich s nasadením hypolipidemickej liečby aj pri normálnych hodnotách CK. Za indikáciu na prerušenie liečby považujeme aj asymptomatické zvýšenie CK nad 3-násobok normy. Hodnoty CK je nevyhnutné poznať pred začatím akejkoľvek hypolipidemickej liečby a následne ho monitorovať pri podozrení na vznik nežiaducej udalosti. Okrem sledovania CK sa treba zamerať aj na hladinu pečeneových enzýmov (AST, ALT), ako pred začatím liečby, tak aj pri možnom výskyte komplikácií.

Pri každej kontrole odoberáme anamnézu zameranú na svalové a gastrointestinálne ťažkosti pacienta. V prípade výskytu ťažkostí (svalové, gastrointestinálne) pacienta kontrolujeme ihneď (tabuľka 8).

**Tabuľka 8 Základné fakty pri používaní kombináčnej hypolipidemickej liečby (statín s fenofibrátom)**

• Patrí do rúk skúseného lekára
• Je indikovaná u dobre spolupracujúceho pacienta
• Pacienta je potrebné poučiť o riziku myopatie a nutnosti vysadiť liek pri svalových ťažkostiach (bolestiach)
• Pred začatím akejkoľvek hypolipidemickej liečby musíme mať vyšetrené CK, hepatálne enzýmy, CK a hepatálne enzýmy (AST, ALT) vyšetrujeme aj pri ťažkostiach
• V prípade zvýšeného CK s/alebo bez symptomatológie, či hepatálnych enzýmov (viac ako 3-násobok horného limitu normy) liečbu ukončujeme

Pokiaľ pacient nedosahuje cieľové hodnoty lipidového spektra pri doterajšej liečbe (fixnej kombinácii) alebo sa vyskytnú nežiaduce udalosti, odosielame ho k špecialistovi (diabetológ, internista, kardiológ, geriater). Vyšetrenie u špecialistu je nutné aj pri podozrení na familiárnu formu hypercholesterolémie, u polymorbídnych pacientov (s renálnou insuficienciou, hepatopatiou, kardiovaskulárnymi ochoreniami...), alebo v prípade pacientov s vysokým KV reziduálnym rizikom (pri ktorých je vhodné nasadiť razantnejšiu kombináčnú hypolipidemickej liečbu).

#### Záver

V súčasnosti statíny jednoznačne ostávajú hypolipidemicami prvej voľby u veľmi širokej skupiny pacientov. V prípade nedosahovania cieľových hodnôt pre LDL-C do úvahy prichádza kombinácia s ezetimibom. V prípade pre-

trvávajúcej aterogénnej dyslipidémie by sa súčasťou komplexnej liečby, popri diétnych a režimových opatreniach, mala stať fixná kombinácia simvastatínu s fenofibrátom.

Využívanie kombinačnej hypolipidemickej liečby v našej klinickej praxi je stále veľmi nízke, napriek tomu, že máme rozsiahle a dobré skúsenosti s jej využívaním v liečbe iných ochorení. Nová fixná kombinácia by mohla pomôcť zvrátiť tento stav.

## Literatúra:

1. BAIGENT, C. et al. 2010. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376: 1670–1681.
2. MIHAYLOVA, B. et al. 2012. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012; 380: 581–90.
3. PREISS, D. et al. 2011. Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis. *JAMA* 2011; 305: 2556–2564.
4. CATAPANO, A. L. et al. 2011. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis* 2011; 217 (1):3–46.
5. Expert Dyslipidemia Panel, Grundy, S. M. 2013. An International Atherosclerosis Society Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia. *J Clin Lipidol.* 2013; 7(6):561–565.
6. ESC Press Office. 2013. *EUROASPIRE IV reveals success and challenges in secondary prevention of CVD across Europe.* [cit. 2015-04-19]. Dostupné na internete: <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc13-amsterdam/Pages/euroaspire-iv-success-challenges-secondary-prevention-CVD-europe.aspx>.
7. FERRIERES, J. et al. 2013. Total lipid management and cardiovascular disease in the Dyslipidemia International Study. *Cardiology* 2013; 125: 154–163.
8. ROSENBAUM, D. et al. 2012. Discontinuation of statin therapy due to muscular side effects: A survey in real life. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis* 2012; 10: 1–5.
9. GUYTON, J. R. et al. 2014. An assessment by the Statin Intolerance Panel: 2014 update. *J Clin Lipidol* 2014; 8: S72–S81.
10. LIBEROPOULOS, E. N. et al. 2008. Compliance with lipid-lowering therapy and its impact on cardiovascular morbidity and mortality. *Expert Opin Drug Saf.* 2008; 7(6):717–725.
11. BATES, T. R. et al. 2009. Non-adherence to statin therapy: a major challenge for preventive cardiology. *Expert Opin Pharmacother* 2009; 10(18):2973–2985.
12. HERMANS, M. P. – FRUCHART, J. C. 2011. Reducing Vascular Events Risk in Patients with Dyslipidaemia: An Update for Clinicians. *Adv Chronic Dis* 2011; 2(5): 307–323.
13. FRUCHART, J. C. et al. 2014. Residual macrovascular risk in 2013: what have we learned? *Cardiovasc Diabetol* 2014;13:26.
14. SHAW, J. E. – SICREE, R. A – ZIMMET, P. Z. 2010. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87:4–14.
15. NORDESTGAARD, B. – VARBO, A. 2014. Lipids and cardiovascular disease 3: Triglycerides and cardiovascular disease. *Lancet* 2014; 384: 626–635.
16. RADER, D. J. – HONINGH, G. K. 2014. Lipids and cardiovascular disease 2: HDL and cardiovascular disease. *Lancet* 2014; 384: 618–625.
17. RIDKER, P. M. 2014. Lipids and cardiovascular disease 1 : LDL cholesterol: controversies and future therapeutic directions. *Lancet* 2014; 384: 607–617.
18. GAEDE, P. et al. 2008. Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358:580–591.
19. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. 2005. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366:1267–1278.
20. FÁBRYOVÁ, L. 2014. Kombinačná hypolipidemická liečba v súčasnej klinickej praxi. *Via pract.* 2014; 11(6): 201–206.
21. The ACCORD Study Group: Effects of Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2010;362:1563–1574.
22. SCOTT, R. et al. 2009. Effects of fenofibrate treatment on cardiovascular disease risk in 9 795 individuals with type 2 diabetes and various components of the metabolic syndrome (FIELD study). *Diabetes Care* 2009; 3:493–498.
23. The FIELD study investigators. 2007. Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007; 370:1687 – 1697.
24. The FIELD study investigators. 2009. Effect of fenofibrate on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus (FIELD study): a prespecified analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;373:1780–1788.
25. MIN, J. et al. 2010. Effects of fibrates on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2010;375:1875–1883.
26. The ACCORD Study Group and ACCORD Eye Study Group: Effects of Medical Therapies on Retinopathy in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2010;363:233–244.
27. SIMÓ, R. et al. 2013. Fenofibrate: a new treatment for diabetic retinopathy. Molecular mechanisms and future perspectives. *Curr Med Chem* 2013;20:3258–66.
28. SACKS, F. M. et al. 2014. Association between plasma triglycerides and high-density lipoprotein cholesterol and microvascular kidney disease and retinopathy in type 2 diabetes mellitus: a global case-control study in 13 countries. *Circulation* 2014;129(9):999–1008.
29. BAYS, H. E. 2014. Lowering low-density lipoprotein cholesterol levels in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of General Medicine* 2014;7:355–364.
30. HERMANS, M. P. et al. 2014. Residual Microvascular Risk in Type 2 Diabetes in 2014: Is it Time for a Re-Think? A Perspective from the Residual Risk Reduction Initiative (R3i). *J Diabetes Metab* 5: 413 doi:10.4172/2155-6156.1000413.
31. GRUNDY, S. M. et al. 2005. Effectiveness and tolerability of simvastatin plus fenofibrate for combined hyperlipidemia (the SAFARI trial). *Am J Cardiol* 2005;95:462–468.

# Nepeňažné plnenie – sústavné vzdelávanie a povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

MUDr. Rudolf Straka

FOX Consulting, s. r. o., Nová Dedinka

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 33.

Od 1. 1. 2015 došlo k zmene spôsobu zdanenia peňažných aj nepeňažných príjmov, ktoré prijal lekár od farmaceutickej firmy (ďalej „držiteľa“) – tzv. zrážková daň. Zákon o reklame, prípadne Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach (a niektoré ďalšie právne normy) zmenili zažívané zvyklosti. Najčastejšou situáciou, v ktorej bude lekár konfrontovaný s novými povinnosťami v súvislosti so zrážkovou daňou, bude zrejme účasť na vzdelávacích aktivitách, finančne podporovaných držiteľom.

V prípade *sústavného vzdelávania* („kreditované“ odborné podujatie) sú *priame náklady*, súvisiace s účasťou lekára na podujatí, síce považované za nepeňažné plnenie, daň z nich však lekár platiť nemusí, pretože takýto príjem je od dane oslobodený, ak pochádza od držiteľa. Patria sem predovšetkým náklady, ktoré uhradil držiteľ v súvislosti s organizáciou vzdelávacieho podujatia – odmeny prednášajúcim, prenájom miestnosti, premietanie a pod. Patrí sem tiež registračný poplatok, ktorý za lekára uhradil držiteľ. POZOR! V prípade, že lekár uhradí registračný poplatok sám, a následne mu ho držiteľ preplatí v hotovosti, takýto príjem podlieha zrážkovej dani (v prvom prípade šlo o nepeňažné plnenie od dane oslobodené, v druhom prípade je to zdaniteľné peňažné plnenie).

Za účasť na sústavnom vzdelávaní sa však *nepovažuje* hodnota stravy, ubytovania a dopravy, poskytnutá v súvislosti so vzdelávaním. Teda ak držiteľ uhradí lekárovi v rámci podpory sústavného vzdelávania napríklad lístok na vlak, ubytovanie v hoteli alebo obed, pre lekára to vždy predstavuje *príjem zdaňovaný zrážkovou daňou*.

Ak sa lekár zúčastní na „*nekreditovanom*“ odbornom podujatí (nejde o sústavné vzdelávanie), ktoré organizuje alebo finančne zabezpečuje držiteľ, všetky náklady (teda napríklad i odmeny prednášajúcim) spojené s takým podujatím sú zdaniteľným príjmom zúčastnených zdravotníckych pracovníkov. Náklady sa jednoducho rozpočítajú na účastníkov podujatia.

Tieto zmeny priniesli novú situáciu, s ktorou sa už mnohí lekári stretli. Po skončení odbornej akcie zástupcovia farmaceutickej spoločnosti dajú účastníkom „potvrdenie o nepeňažnom plnení“. Obsahuje výšku nákladov spojených s občerstvením, prípadne s ubytovaním či dopravou. Čo s tým? Predovšetkým nevyhadzovať! Vyplývajú z neho pre lekára – poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS) niektoré povinnosti.

*Príklad:*

Čo musí urobiť lekár, ktorý sa 16. 6. 2015 zúčastní na

kreditovanom odbornom podujatí, registračný poplatok mu uhradí držiteľ a dostane od neho potvrdenie o poskytnutí občerstvenia v cene 30 € a ubytovania v hodnote 60 € z prostriedkov držiteľa?

1. Oznámi príslušnému daňovému úradu skutočnosť, že začal poberať *nepeňažný príjem od držiteľa* a to do konca mesiaca, v ktorom začal také príjmy poberať. Daňový úrad následne prideli a zašle číslo tzv. Osobného účtu daňovníka (OÚD). Táto povinnosť sa však netýka tých PZS, ktorí už OÚD pridelený majú. Takže ak lekár nemá OÚD, do 30. 6. 2015 oznámi poberanie nepeňažného plnenia od držiteľa daňovému úradu a požiada o pridelenie OÚD. Spôsob ani formulár nie je predpísaný.
2. Zistí výšku všetkých nepeňažných plnení od všetkých držiteľov za kalendárny štvrtrok, v tomto prípade za obdobie apríl – jún. Držitelia majú zákonnú povinnosť oznámiť lekárom do 15. dňa v mesiaci po konci štvrtroka, akú výšku nepeňažného plnenia poskytl.

Ak v štvrtroku nepeňažné príjmy PZS od všetkých držiteľov spolu neprekročia sumu 10 €, nevzniká povinnosť platiť daň. Keďže vo vyššie opísanom príklade je nepeňažný príjem spolu 90 €, lekárovi vzniká povinnosť zrážkovú daň uhradiť a podať oznámenie.

3. Daň vo výške 19 % zo všetkých uvedených nepeňažných príjmov zaplatí PZS na účet 500267-8xxxxxxx/8180 (kde 8xxxxxxx je OÚD), s príslušným variabilným symbolom, uvedeným na stránke finančnej správy (variabilné symboly sa líšia podľa štvrtrokov). Termín je do konca mesiaca po skončení kvartálu, za ktorý sa platí daň. Lekár teda zaplatí 17,10 € do 31. 7. 2015. Dôležité je, kedy peniaze odišli z účtu, nie dátum zadania platobného príkazu.
4. Následne PZS po úhrade dane podá na daňový úrad Oznámenie o zrazení a odvedení dane z nepeňažného plnenia (zo stránky finančnej správy). Termín je rovnaký ako na zaplatenie dane – teda do 31. 7. 2015.

*Podceňovať tieto povinnosti sa nevypláca, pretože daňový úrad má k dispozícii dvojité kontrolu – držitelia majú povinnosť oznámiť nepeňažné plnenie nielen prijímateľovi, ale i daňovému úradu. A spoločnosti-držitelia si túto povinnosť plnia.*



# Kongres Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska bol mimoriadne úspešný

MUDr. Iveta Vaverková, MPH

viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 34 – 37.

V dňoch 15. a 16. mája 2015 sa uskutočnil kongres novovzniknutej Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska, ktorej cieľom je zjednotiť všeobecných lekárov, presadzovať ich záujmy a prinášať im kvalitné a vysoko odborné vzdelávacie príležitosti. Nad kongresom prevzal záštitu minister zdravotníctva SR MUDr. Viliam Čislák, MPH, MBA. Pozvanie prijali aj doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., predseda Spoločnosti všeobecných lekárov České lékařské společnosti Jana Evangelistu Purkyně, riaditeľka Kancelárie World Health Organization na Slovensku MUDr. Darina Sedláková, MPH, prezident Slovenskej lekárskej komory MUDr. Marian Kollár, prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc. a predseda Slovenskej neuropsychiatrickej spoločnosti SLS prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD. Kongres sa uskutočnil v priestoroch žilinského hotela Holiday Inn a zúčastnilo sa na ňom 633 lekárov, 97 sestier, 21 rezidentov, 6 medikov a 44 vystavovateľov.

Keďže v tomto roku sa do rúk všeobecných lekárov, internistov a kardiológov dostalo nové odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva SR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie, ktoré výrazne rozširuje kompetencie všeobecných lekárov, táto problematika sa stala nosnou témou kongresu. Bolo jej venované piatkové popoludnie aj sobotné dopoludnie. Bloky a prednášky boli zostavené tak, aby krok po kroku previedli lekárov odborným usmernením a prednášatelia v následnej diskusii mohli odpovedať na otázky z auditória. Zárukou výborného spracovania a prezentácie témy boli prednášky hlavného odborníka MZ SR pre kardiológiu doc. MUDr. Gabriela Kamenského, CSc., FESC aj hlavného odborníka MZ SR pre vnútorné lekárstvo v zastúpení MUDr. Tomáša Petroviča, PhD. Veľmi kvalitné prezentácie k danej téme odzneli tiež v podaní MUDr. Štefana Farského, CSc., FESC. V každom bloku boli jednotlivé témy spracované aj z pohľadu všeobecného lekára tak, aby kolegovia

**Obrázok 1** Na slávnostnom otvorení kongresu sa zúčastnil minister zdravotníctva MUDr. Viliam Čislák, MPH, MBA



Obrázok 2 Hlavný odborník MZ SR pre kardiológiu doc. MUDr. Gabriel Kamenský, CSc., FESC



dostali praktický návod na ich riešenie vo svojej ambulancii. Sme radi, že tento prístup mal medzi zúčastnenými kolegami mimoriadne priaznivý ohlas.

Veľký záujem v piatok a sobotu vyvolali aj bloky s právnou tematikou, ktorým predsedali hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA a členka výboru SVLS MUDr. Jana Striško Senčáková, MPH. Napriek tomu, že ráno otvárali a popoludní uzatvárali odborne nabitý program, prednášková sála bola plná. Prezentácie sa venovali vedeniu zdravotnej dokumentácie, poplatkom, doplatkom a ich evidencii v ambulanciách, či právam a povinnostiam lekára a pacienta. Živá diskusia bola známkou aktuálnosti a záujmu kolegov o túto oblasť.

Novinkou bol blok kazuistík z našich ambulancií, kde odzneli prednášky – kazuistiky uverejnené nakladateľstvom Raabe v historicky prvých dvoch publikáciách, ktoré napísali všeobecní lekári pre svojich kolegov. V piatok predpoludním hlavná odborníčka MZ SR pre pneumológiu doc. MUDr. Marta Hájková a MUDr. Patrícia Eftimová, MPH predstavili nový projekt Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) a Slovenskej pneumologickej spoločnosti SLS. Spoločný projekt SITO je ukážkou ďalšej medziodborovej spolupráce pri včasnom záchyťte pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc. V aktuálnosti a praktickosti nezaostávali ani bloky venované praktickej neurológii a psychiatrii, blok o nových možnostiach očkovania proti herpes zoster a infek-

cie ľudským papilomavírusom, či bloky venované imuno-modulačnej liečbe a nutričnej podpore.

Na slávnostnom otvorení kongresu sa osobne zúčastnil minister zdravotníctva SR MUDr. Viliam Čisliák, MPH, MBA, ktorý vyslovil jednoznačnú podporu rozvoju všeobecného lekárstva na Slovensku a zvyšovaniu jeho kompetencií, čo dáva nášmu odboru možnosti ďalšieho odborného rozvoja a zvyšovania kvality primárnej zdravotnej starostlivosti.

Blok Ministerstva zdravotníctva SR s témou Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti bol očakávaný s určitým napätím. Táto téma v poslednej dobe rezonuje medzi lekármi a už dva mesiace sa jej venujú aj odborníci na medziodborových stretnutiach na MZ SR. Zúčastňujú sa na nich nielen predstavitelia MZ SR, ale aj Slovenskej lekárskej komory (SLK), Asociácie súkromných lekárov SR a organizácií z tretieho sektora. Aktuálne informácie odprezentoval projektový manažér Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR JUDr. Ing. Štefan Mesároš, PhD. Na záver prezentácie zaznela informácia o možnosti čerpania finančných zdrojov z fondov EÚ na vybudovanie Centier integrovanej zdravotnej starostlivosti v miestach, kde o ne prejavia záujem lekári a samospráva. Požiadať o finančnú podporu na vybudovanie či rekonštrukciu už existujúcich budov alebo prístrojového vybavenia môžu priamo lekári v spolupráci s vyšším územným celkom či obcou. V centre majú byť prioritne k dispozícii všeobecní lekári pre dospelých, pediater gynekológ, stomatológ,

Obrázok 3 Kongres SVLS navštívila aj osobnosť českého všeobecného lekárstva doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.



žiaduca je prítomnosť agentúr domácej opatrovateľskej starostlivosti, sociálnych služieb a špecialistov. Búrlivá diskusia poukázala na nedostatočnú až zmätočnú informovanosť niektorých kolegov, ktorí deklarovali obavy zo vzniku centier. Bolo tiež zarážajúce, že napriek tomu, že vrcholoví zástupcovia SLK sa už niekoľko týždňov pravidelne zúčastňujú na stretnutiach na MZ SR k tejto problematike a na tzv. okrúhlych stoloch nevyslovili k ich existencii zásadné pripomienky, tieto dezinformácie nepochopiteľne podporujú.

V rámci kongresu mal svoju premiéru projekt SVLS „Time for Residents“ – čas vyhradený špeciálne pre rezidentov, ich otázky a názory. Začal sa ním dlhodobý proces úzkej spolupráce s mladými kolegami, budúcimi všeobecnými lekármi, a ich cielej individuálnej podpory prostredníctvom SVLS. Je záujmom SVLS pomáhať im pri štúdiu tak, aby prichádzali do praxe čo najlepšie pripravení. Príjemným prekvapením je zvyšujúci sa záujem medikov o náš odbor, o čom svedčí aj ich historicky prvá účasť na kongrese všeobecných lekárov. Je to zároveň aj výzva pre SVLS budovať úzku spoluprácu s lekáorskými fakultami na ich prgraduálnom vzdelávaní.

V spolupráci so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek pripravila SVLS sobotňajší program aj pre sestry. Súhra tandemu lekár – sestra je na našich ambulanciách nenahraditeľná. Správne fungujúci tím je základom kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre našich pacientov. Nové odborné usmernenia zaraďujú sestru do procesu odbornej starostlivosti o pacienta, preto prednášky a workshopy boli zamerané na praktické využitie a získanie správnych zručností sestry. Je veľkým úspechom, že práve na kongrese SVLS bola založená Pracovná skupina sestier pracujúcich v ambulanciách všeobecných lekárov. Jej predsedníčkou sa stala Mgr. Jana Francúzová. Vznik pracovnej skupiny je novým impulzom na spoločné vzdelávacie aktivity a ponúka možnosť ďalšej odbornej spolupráce so SVLS.

Piatkový spoločenský večer poskytol po namáhavom dni príjemný priestor na spoločné rozhovory a preladenie sa na pohodu strávenú s priateľmi.

Atmosféra tohtoročného kongresu SVLS bola neopakovateľná. Priniesla nový koncept vzdelávania, nové možnosti spolupráce, nové projekty, nové impulzy pre všeobecných lekárov. Bez nás, všeobecných lekárov, to naozaj nejde a, v zmysle filozofie SVLS, „Spoločne sme silní“.



Obrázok 4 Prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.



Už teraz pre vás pripravujeme nové odborné podujatie v rámci Akadémie SVLS. Členov SVLS o ňom budeme informovať prostredníctvom mailov a ostatných kolegov na webovej stránke SVLS, na webe a v časopise Primárny kontakt. Prvá informácia o ďalšom podujatí Akadémie SVLS, *Fórum artériovej hypertenzie Modul I*, sa nachádza v tomto čísle časopisu.

Na záver by som veľmi rada poďakovala všetkým ko-

legom v organizačnom výbore, vďaka ktorým bol tento kongres taký úspešný – MUDr. Monike Paluškovéj, PhD., MBA, MUDr. Eve Jurgovej, PhD., MUDr. Patrícii Eftimovej, MPH, MUDr. Jane Striško Senčákovej, MPH, MUDr. Martine Jandzíkovej, MUDr. Miriam Holendovej, MUDr. Eve Bérešovej, MUDr. Petrovi Bakičovi, MUDr. Petrovi Markovi, MPH a MUDr. Viliamovi Chromému.

Obrázok 5 Počas odborného programu bola kongresová sála stále zaplnená



# Môže lekárnik opraviť lekárom vypísaný recept?

Na otázky odpovedá

MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (2): 38.

**Otázka:** *Jeden z lekárníkov v našom meste mi po pacientoch posielal na opravu recepty, ktoré som im vypísal. Na niektorých chýbala pečiatka, rozumiem, že tu bola oprava potrebná. Pacientov však vracia s receptom na opravu aj v prípadoch, ktoré sú naozaj iba drobnosťami. Keď som ho požiadal, aby formálne chyby opravil, tvrdil, že tak urobiť nemôže. Je to pravda?*

Gusto

**Odpoveď:** Lekárnik vo Vašom meste postupuje správne. Podľa platnej legislatívy je lekár, ktorý recept alebo poukaz na zdravotnícku pomôcku vypísal, povinný ich riadne a čitateľne vyplniť. Súčasne zodpovedá za ich kompletnosť a správnosť vyplnenia. Lekárnik, resp. držiteľ povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti je povinný overiť zhodu údajov uvedených na recepte alebo poukaze s údajmi na preukaze poisťenca (týka sa to aj poisťencov Európskej únie). Kontroluje teda meno, priezvisko, rodné číslo a kód poisťovne poisťenca. Pokiaľ zistí formálnu chybu v týchto údajoch, je oprávnený vydanie lieku alebo zdravotnej pomôcky odmietnuť. Z tohto dôvodu sa odporúča recepty aj poukazy vyplňať v dostupných ambulantných softvérových programoch a vytlačiť ich na tlačiarňu. Oveľa väčšie nebezpečenstvo hrozí pri nečitateľnom alebo chybnom uvedení účinnej látky lieku, kódu lieku alebo pri nesprávnom uvedení dávkovania lieku na recepte. Stáva sa tak hlavne u lekárov, ktorí recepty stále vypisujú ručne a neraz je ich písmo nečitateľné. Lekárnik vždy skontroluje obsah receptu alebo poukazu a ak sa vyskytne nejasnosť, kontaktuje konkrétneho lekára. Lekárnici často vydajú správny liek podľa telefonickej inštrukcie predpisujúceho lekára, aby nedošlo k ohrozeniu zdravia pacienta. Opravu receptu je však nevyhnutné vykonať čo najskôr. Opäť apelujem na to, aby všetci lekári vypisovali recepty a poukazy prostredníctvom počítačových programov. Iba tak je možné eliminovať chyby pri preskripcii.

**Otázka:** *Ošetrovala som môjho pacienta-diabetika na inzulinovej terapii v domácom prostredí. Bol v diabetickej kóme, nebol teda spôsobilý poskytnúť mi pri zásahu informovaný súhlas. Pacient bol následne hospitalizovaný, našťastie sa vrátil domov v kompenzovanom stave. Pri kontrole zdravotnej dokumentácie mi pracovníčka pacientovej zdravotnej poisťovne vytkla, že pri ošetrovaní v uvedený deň nemám v dokumentácii podpísaný informovaný súhlas pacienta. Vysvetlila som jej, že ho nebolo možné získať. Moja argumentácia bola zdravotnou poisťovňou pacienta uznaná. Nevieť však, ako mám v takomto prípade správne postupovať.*

Betka

**Odpoveď:** Informovaný súhlas podpísaný pacientom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta. Nevyžaduje sa iba v prípade neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ak ho nemožno včas získať, ale ho možno predpokladať, v prípade ochranného liečenia uloženého súdom alebo ambulantnej aj ústavnej starostlivosti, ak pacient v dôsledku duševnej choroby alebo s jej príznakmi ohrozuje seba alebo svoje okolie, či šíri prenosnú chorobu, ktorá ohrozuje jeho okolie. Vaše konanie pri ošetrovaní pacienta bolo správne, pretože ste poskytovali neodkladnú zdravotnú starostlivosť pacientovi v ohrození života. Hoci ste si nemohli vyžiadať informovaný súhlas pre Váš odborný medicínsky postup, bolo možné ho predpokladať. Navyše ako lekárka ste nielen mohli, ale aj museli konať. Záchrana života mala v tomto prípade jednoznačne prednosť pred získaním informovaného súhlasu. Odporúčam však, aby po ošetrovaní pacienta lekár v takomto prípade vždy vykonal zápis do zdravotnej dokumentácie nielen o svojom postupe pri diagnostike a liečbe, ale urobil aj poznámku o príčine neudelenia informovaného súhlasu pacientom s popisom súvisiacich okolností. Takýto záznam v zdravotnej dokumentácii je potrebné podpísať lekárom a prípadne aj sestrou, ak bola pri ošetrovaní pacienta prítomná. Nemožno tiež zabudnúť na uvedenie dátumu a času ošetrovania a dátumu a času vykonania záznamu do zdravotnej dokumentácie, pretože logicky bude medzi nimi rozdiel. Proti takémuto postupu lekára nie je možné uviesť námietku akoukoľvek inštitúciou, vrátane zdravotnej poisťovne.

**Otázka:** *Som všeobecná lekárka. Jedna z mojich pacientok podala na mňa podnet na vyšší územný celok (VÚC) kvôli tomu, že sa jej nepáčilo, keď som ju v mojej ambulancii vyšetrovala v civilnom oblečení. Práve som totiž ráno prišla do ambulancie a nestihla som sa ešte prezliecť. Keďže sa pacientka sťažovala na bolesti v hrudníku, rozhodla som sa uprednostniť jej vyšetrovanie. Lekár VÚC mi vytkol, že mám pracovať v pracovnom oblečení, čo však v ambulantnej praxi nie je vždy možné. Ako mám postupovať?*

Mirka

**Odpoveď:** Legislatíva neurčuje, ako má byť všeobecný lekár pri svojej práci oblečený. Pri návštevách pacientov v domácom prostredí alebo počas lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) lekári neraz nosia civilné oblečenie. Mój osobný názor je, že nielen z hygienických dôvodov, ale aj kvôli svojmu statusu v ambulantnej praxi by mali lekári aj sestry nosiť pracovné oblečenie podľa výkonu práce – v ambulancii biele, na LSPP oblečenie a obuv primeranú sťaženým podmienkam v teréne s reflexnými prvkami. Hygienické a bezpečnostné hľadisko je v oboch prípadoch prioritou.