



PRIMÁRNY KONTAKT

INFORMÁCIE NA JEDNOM MIESTE

ROČNÍK 3
03-04/2015

**Akadémia SVLS – výnimočné
a moderné vzdelávanie pre
všeobecných lekárov**

**EURACT – aký je prínos pre
Slovensko?**

Prvé výsledky štúdie Kardiak

**Práceschopnosť
a všeobecný lekár**

**Vy sa pýtate,
my odpovedáme**

**Téma čísla:
Ambulancia
a prístrojové vybavenie**



Posúvanie hraníc

Tento týždeň, nie je dôležité, na ktorej televíznej stanici, som videla pekný film. V závere odznela veta, ktorú som si hneď zapísala. Je to veta, ktorá presne vystihuje dianie v našom odbore. *Ten, kto posúva hranice, musí byť pripravený na odpor posúvanej hranice.* Kto teda chce hranice posúvať a kto sa tomu bráni?

Zdá sa, že odpoveď nie je jednoduchá. Nie všetko sa v našom odbore, a hlavne v našich odborných spoločnostiach, vyvíja smerom, ktorý by garantoval stabilizáciu. Ešte v čase, keď som bola niekoľko rokov členkou organizačného výboru konferencií všeobecných lekárov vo Vysokých Tatrách, v niektorých rokoch aj jeho predsedníčkou, jedna z konferencií mala názov Konsolidačná. Neskonsolidovalo sa vtedy nič. Odporúčam pozrieť sa na stránku Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) a zamyslieť sa, prečo toľko mienkotvorných členov z vlastného rozhodnutia odišlo z tejto spoločnosti. Prezident SSVPL sa im venoval vo svojom printovom príhovore, poďakoval im za vykonanú prácu. Nebola som medzi nimi a nevádi mi to. Zadosťučinením za roky tvrdej práce mi boli telefonáty kolegov s otázkou, prečo som neprišla na poslednú tatranskú konferenciu – vraj im chýbam. Nebola som tam a som rada, že som sa tak urobila.

Komu však tento stav prospieva? Nám, lekárom, ktorí denne pracujeme vo svojich ambulanciách, určite nie. Nielen ankety, ale aj verbálne vyslovená vôľa lekárov jednoznačne podporuje myšlienku jednej odbornej spoločnosti, ktorá nás bude dôstojne zastupovať. Odborná spoločnosť, ktorej prezidentom bol Dr. Marko, už neexistuje, a to je v rámci konsolidácie „starých“ spoločností všetko.

Som z vlastnej vôle členkou odbornej spoločnosti, v ktorej vidím progres všeobecného lekárstva, ktorej prezidentka spolu s výborom posúva náš odbor dopredu,

v ktorej sa členovia výboru neponižujú k šíreniu neprávdy a ktorých snahou je posúvanie hraníc. Aj v oblasti vzdelávania – veľkým prelomom bolo Fórum arteriovej hypertenzie Akadémie SLVS, ktorá sa v októbri konala v Jasnej. Nový, progresívny, inovatívny, v našom odbore v tejto forme doteraz nikdy nere realizovaný spôsob vzdelávania, ale v zahraničí bežný, bol účastníkmi prijatý pozitívne. Ukazuje sa, že toto je cesta vzdelávania všeobecných lekárov.

Ten, kto posúva hranice nášho odboru, musí byť pripravený na odpor tých, ktorých sa posunutie hranice týka.

Ak nie osobne, tak určite z médií vieme, v akých podmienkach a s akými právomocami pracujú kolegovia v zahraničí. Chceme sa im priblížiť a časom dosiahnuť ich úroveň. V kompetenciách a aj vo finančnom ohodnotení. To všetko by bolo ale málo bez spoločenskej akceptácie nášho odboru v takej dimenzii, ako je to v zahraničí. Spomeňme si na negatívne reakcie, keď sme začali robiť predoperačné vyšetrenia. Dnes je to už samozrejmosť. To, že posúvanie hraníc naráža občas na odpor niektorých odborností, je normálny vývoj. Ale ak naráža na odpor v našich vlastných radoch, to za normálne nepokladám.

Chceme sa mať lepšie, alebo nie? Chceme prekročiť vlastné, dlho zaužívané hranice alebo nie? Chceme, a predsa niektorí odmietame.

Všetkým, ktorí sa stotožnili s progresiou práce všeobecných lekárov, odporúčam, aby si porovnali fakturované sumy za rovnaké obdobie teraz a niekoľko rokov dozadu. Hlavne koľko kolóniek okrem kapitácie na faktúre pribudlo a ako sa to odráža v našich príjmoch. Nedávno bol publikovaný rozhovor prezidenta SSVPL. Prečítajte si ho, porovnajte obsah s rozhovorom s prezidentkou SVLS a urobte si svoj názor. Len vlastný názor je záruku správneho zaradenia.

MUDr. Eva Bérešová
všeobecná lekárka pre dospelých



PRIMÁRNÝ KONTAKT Primárny kontakt, ročník 3, 2015 / Číslo 3-4 / Vychádza 4-krát ročne / **Dátum vydania:** december 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.

Rozhovor	6 – 9
Prežívame historické okamihy – všeobecní lekári aktívne tvoria svoju budúcnosť	
MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA prezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR (MZ SR) pre všeobecné lekárstvo	
Kongresy a konferencie	10 – 15
Akadémia Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska: Fórum artériovej hypertenzie	
MUDr. Danica Bezáková, MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, MUDr. Iveta Vaverková, MPH Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska	
Zasadanie EURACT-u bolo prínosom pre smerovanie všeobecného lekárstva v Európe	
MUDr. Iveta Vaverková, MPH národná reprezentantka Slovenska v EURACT, viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska	
Klinická diagnostika v praxi	16 – 17
Význam skriningu hepatitídy C pre prognózu pacienta	
Doc. MUDr. Pavol Kristian, PhD. Klinika infektológie a cestovnej medicíny, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice	
Klinická prax	18 – 24
Epidemiologické údaje o sledovaní pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním	
Andrej Dukát ¹ , Ján Gajdošík ² , Terézia Szádocká ¹ , Marián Zelina ¹ , Eva Gonçalvesová ³ , Lucia Serugová ¹ , Peter Sabaka ¹ , Fedor Šimko ^{4,5} 1 – II. interná klinika LF UK a UNB v Bratislave; 2 – Nešťátna ambulancia pre dospelých v Nových Zámkoch; 3 – Národný ústav srdcových a cievnych chorôb v Bratislave; 4 – Ústav patologickej fyziológie LF UK a III. interná klinika LF UK a UNB v Bratislave; 5 – Ústav experimentálnej endokrinológie SAV v Bratislave	
Práca všeobecného lekára sa mení – preferované budú výkony a kompletný servis pacienta	
MUDr. Patrícia Eftimová, MPH ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, GEPAMED, s. r. o., Bratislava	
Moja skúsenosť	25 – 27
Výhody prístrojového vybavenia ambulancie všeobecného lekára	
MUDr. Rastislav Zanovít, LEK-NO, s. r. o., ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Námestovo MUDr. Viliam Chromý, všeobecný lekár pre dospelých, Nižná na Orave	
Prístrojové vybavenie ambulancie	28 – 33
Meranie členkovo-ramenného indexu	
Kazuistika	34 – 36
Traumatická fraktúra tela stavca v ambulancii lekárskej služby prvej pomoci	
MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Medires, s. r. o., Nové Zámky	
Epidemiológia	37
Štatistické vyhodnotenie výskytu pohlavných chorôb v SR za rok 2014	
Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava	
Legislatíva	38 – 41
Práceschopnosť pacienta v ambulancii všeobecného lekára – otázky a odpovede	
Novinky v oblasti zrážkového zdaňovania peňažných a nepeňažných príjmov	
MUDr. Rudolf Straka FOX Consulting s. r. o., Nová Dedinka	
Vy sa pýtate, my odpovedáme	42
Ukončiť práceschopnosť môže iba ošetrujúci lekár	
MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo	

Prežívame historické okamihy – všeobecní lekári aktívne tvoria svoju budúcnosť

MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA

prezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS)

hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR (MZ SR) pre všeobecné lekárstvo

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 6 – 9.

Neúnavne bojuje za spravodlivé spoločenské a finančné ohodnotenie všeobecných lekárov. Energie má na rozdávanie a stále vymýšľa a rozvíja nové projekty. Je presvedčená, že všeobecné lekárstvo na Slovensku má obrovský potenciál na ďalší rozvoj. Rozhovor pre Primárny kontakt o súčasnej situácii vo všeobecnom lekárstve poskytla MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, prezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) a hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR (MZ SR) pre všeobecné lekárstvo.

Začnime trochu odľahčene. Ste prezidentkou SVLS a v týchto dňoch uplynuli 3 roky, odkedy vykonávate funkciu hlavnej odborníčky MZ SR pre všeobecné lekárstvo. Pracujete ako všeobecná lekárka vo vlastnej ambulancii, prednášate, organizujete vzdelávacie podujatia pre všeobecných lekárov a rezidentský program, denne vás kontaktujú kolegovia s prosbou o radu a pomoc... Dá sa to stihnúť?

Nie je to jednoduché. Môj deň je organizovaný doslova na minúty, všetko je o maximálnej sebadisciplíne. To, čo ste vymenovali, je iba časťou mojich denných aktivít, ale niet inej cesty. Všeobecné lekárstvo sme za posledné tri roky vylúpili zo škrupiny evidentne zlých stereotypov a rezignácie. Silno sme zatriasli celým starým spráchniveným systémom zdravotnej starostlivosti v primárnom kontakte. Spoločne vytvárame lepšiu budúcnosť pre nás samotných aj pre odbor. Sú to historické okamihy – nie sme iba súčasťou histórie, my ju aktívne tvoríme. To tu ešte nikdy nebolo, preto nemožno v tempe reformy všeobecného lekárstva poľaviť.

Pokúsme sa bilancovať výsledky posledných troch rokov vášho pôsobenia. Čo sa zmenilo vo všeobecnom lekárstve?

Máme za sebou obrovský kus práce. Nie je to však o jednom človeku, ba ani o niekoľkých. Som rada, že mi pomáhajú múdri, skúsení kolegovia z praxe, ktorí majú rovnaký názor ako ja na základné hodnoty a smerovanie primárnej zdravotnej starostlivosti – efektivita, prehľadnosť, komplexná starostlivosť o pacienta na jednom mieste, pokiaľ je to medicínsky možné. Za 3 roky sa toho zmenilo viac ako za posledných 20 rokov. Sila zmien je v ich zameraní na prax, v komplexnosti a vysokej odbornosti.

Mnohí už zabudli, ako ťažko sme vybojovali prvý dôležitý krok – zmenu manažmentu zaobstarávania vakcín v našich ambulanciách. Potom prišiel zákonne ukotvený návrat výmenných lístkov, ktorý, ak by sme ho rozumnejšie využívali, by ušetril značné náklady v našich ambulanciách. Následne sme pripravili a zaviedli nový dizajn vzdelávania medikov vo všeobecnom lekárstve. Doslova revolúciou je realizácia moderného rezidentského programu v súlade so štandardmi EÚ.

To všetko sa urobilo za tri roky?

Je toho oveľa viac. Finančne nesmierne zaujímavým je pre všeobecných lekárov (VL)

rozširovanie a bonifikácia preventívnych prehliadok v ambulanciách VL vrátane skríningu rakoviny hrubého čreva. S mimoriadne pozitívnou odozvou sa u pacientov aj VL stretla možnosť vykonávať tzv. predoperačné vyšetrenia. Absolútnym pozitívom sú jasné pravidlá v diagnostike a liečbe hypertonikov v primárnom kontakte. Všetky uvedené výkony sú hrazené zdravotnými poisťovňami nad rámec kapitácie. Finišujeme s prípravou odborného usmernenia MZ SR pre manažment dyslipidémii v našich ambulanciách. Zameranie sa na platbu za výkony je najúčinnejším nástrojom na odlíšenie špičkového všeobecného lekára od priemerného. Kto pracuje a múdro manažuje svojich pacientov, musí byť adekvátne finančne ohodnotený. Na



tom trvám a vždy budem trvať. Kvalitné všeobecné lekárstvo je základom kvalitnej zdravotnej starostlivosti v celom systéme. Nie je to však zadarmo. To si musia uvedomiť nielen zdravotné poisťovne, ale aj samotný štát. Preto je dôležitý dialóg, múdra argumentácia a bezchybná odborná príprava na rokovania s partnermi. Búchanie po stole riešeniu nepomáha. Vždy som preferovala diplomaciu, konštruktívnosť a vysokú odbornosť – preto sa nám darí a sme akceptovaní. Výsledky o tom už jasne hovoria.

Súčasťou reformy je aj Vaša vízia jednotnej a silnej organizácie všeobecných lekárov, ktorá ich reprezentuje a chráni ich záujmy. Nestačia na to organizácie, ktoré už existujú?

Ak by stačili, nemuseli by sme robiť reformu. Roky sme boli trpezliví, ale nič sa nedialo. VL boli vždy iba poslední v rade, stáli pred likvidáciou a nikto o nich nemal záujem. Boli sme znechutení z útokov, nepriateľstva, nekonceptnosti. Organizácie, ktoré združujú mnohé rôzne odbornosti, sa pri presadzovaní záujmov VL ukázali ako neefektívne. Je samozrejmé, že všeobecní lekári, pediatri, špecialisti, laboratóriá, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, logopédi... nemôžu ťahať za jeden povraz. Každý segment má vlastné záujmy a je to v poriadku. Ukazuje sa to pri práci na odborných usmerneniach, ale aj pri rokovaní v zdravotných poisťovniach. Navyše naše vlastné odborné spoločnosti sa s hanbou hádali medzi sebou, čo nás veľmi poškodilo. Preto sme si povedali, že urobíme hrubú čiaru za minulosťou, začneme s čistým štítom a spoločnými silami prinesieme VL vysokú prestíž a nový rozmer nášho odboru – odborný, právny, legislatívny, vzdelávací, finančný, spoločenský. Lídri z oboch „frakcií“ VL sa teda spojili v záujme jednotného postupu, tolerancie, efektívnej odbornej práce a rozvoja. SVLS je výsledkom túžby VL byť konečne spolu a som veľmi rada, že je vo svojich snahách o presadenie našich záujmov mimoriadne úspešná. Táto cesta je správna.

Pristavme sa pri ďalšej horúcej téme. Hovorí sa o potrebe dispenzarizácie pacientov v ambulanciách VL. Je to reálne?

Isteže. Po desiatkach rokov sa podarilo túto možnosť legislatívne ukotviť. A verte, bolo to neuveriteľne komplikované. To bol prvý krok. Teraz je potrebná novela vyhlášky, kde sa vymedzia naše nové kompetencie. Považujem za obmedzenie prístupu občana ku komplexnej zdravotnej starostlivosti, ak musí so svojím aktuálne stabilizovaným chronickým ochorením dochádzať za 70 km vzdialeným špecialistom, keď má všeobecného lekára v mieste bydliska.

Príkladom je liečba hypertonia. Minulý rok bolo v ambulanciách všeobecných lekárov vykonaných vyše 3 300 000 vyšetrení týchto pacientov, ale iba niečo vyše 900 000 návštev sa uskutočnilo v ambulanciách špecialistov. Dispenzarizovaných (teda trvale sledovaných) je podľa hlásenia najväčšej zdravotnej poisťovne iba 22 000 hypertonikov. Reálny odhad počtu pacientov s hypertenziou sa na Slovensku pohybuje okolo 1 000 000. Pýtam sa, kde je zvyšok pacientov, ktorí potrebujú trvalé sledovanie, teda dispenzarizáciu?

Je pravda, že ste na príprave rezidentského programu pracovali osem rokov? Nemohli ste predsa vedieť, či sa uskutoční...

Presne tak. Pracovala som takpovediac do zásuvky. Nikoho vtedy táto agenda nezaujímala, o skutočnú reformu primárneho kontaktu nikto z vedenia štátu, záujmových združení ani nášho odboru nestál. Vrcholom bola snaha „urobiť“ všeobecného lekára z genetika za šesť mesiacov „štúdia“. To už priamo likvidovalo odbornosť. Chýbala tiež jasná vízia a realizovateľný program rozvoja celého odboru. Nie je to teda len o rezidentoch, tí sú iba časťou, hoci veľmi významnou, komplexnej historickej reformy všeobecného lekárstva.

Aký je záujem rezidentov o zaradenie do VL?

V súčasnosti máme zaradených vyše 200 rezidentov vo VL a v pediatrii, čo je neuveriteľné číslo za rok existencie projektu. Záujem o VL dramaticky vzrástol. Je čoraz atraktívnejšie nielen pre čerstvých absolventov lekárske fakúlt, ale aj pre kolegov špecialistov, ktorým sa ich očakávanie v pôvodných pozíciách nenaplnili. Námietky, že rezidentov je málo, sú nezmyslom. Pri nastavení vzdelávania sme brali do úvahy kapacitné možnosti univerzít, ale aj klinických výučbových pracovísk a prechod nových všeobecných lekárov do praxe. Systém je dobre nastavený, primeraný súčasným možnostiam a jeho kontinuálnej priepustnosti. Nejde nám o rýchle „nafúknutie“ počtov, ale o trvalé a udržateľné naplnenie celého systému, čo je veľký rozdiel.



Vie sa o vás, že trváte na vzdelávaní VL zameranom na prax. Ako ste sa neraz vyjadrili – „minimum mitochondriálnej úrovne“. Je zaujímavé aj vaše heslo „všeobecné lekárstvo sebe“. Čo presne znamená?

(Smiech) Aj mitochondrie sú potrebné, ale v rozumnej miere. Niet času riešiť veci, na ktoré máme iných odborníkov. Starostlivosť o pacienta je neraz založená na konzultácii viacerých špecialistov a VL je jedným z nich.

Potrebuje sa učiť veci využiteľné v našej každodennej praxi. Prioritou je znalosť kvalitnej diferenciálnej diagnostiky s použitím nám dostupných nástrojov, kazuistiky, manažment liečby v našej kompetencii a dobrá znalosť platnej legislatívy. Aj preto sme tohtoročný jarný kongres SVLS profilovali úplne novým spôsobom a urobíme tak aj budúci rok – zásadnou zmenou bolo to, že drvivú väčšinu prednášok prezentovali kolegom samotní všeobecní lekári z praxe. Nebolo preto prekvapením, že sme mali plnú sálu aj v sobotu popoludní. Za posledný rok sme uviedli na trh dokonca tri odborné knižky pre všeobecných lekárov písané ich kolegami, čo tu ešte nikdy nebolo. My sami vieme najlepšie, čo potrebujeme – vo vzdelávaní aj v práci. To je význam hesla „všeobecné lekárstvo seba“.

Lekári, ktorí sa zúčastnili októbrovej pilotnej Akadémie SVLS týkajúcej sa artériovej hypertenzie, sú doslova nadšení. Opakovane sa pýtajú, kedy budete pokračovať. Prekvapili vás takéto ohlasy?

Očakávali sme pozitívnu odozvu a sme veľmi radi, že sa podujatie vydarilo. Nesmierne si vážim svojich kolegov – lektorov, vďaka ktorým sa tak stalo. Nielen pre ich vysoké osobné a pracovné nasadenie, ale aj preto, že príprava a realizácia Akadémie ich stojí a bude stáť veľké množstvo voľného času. Prezradím, že sme sa pred Akadémiou podrobili ako lektori veľmi intenzívnemu osobnému tréningu pod vedením skúseného kouča. Je to vidieť na sebavedomí a skvelých prezentačných zručnostiach prednášajúcich. Trénovať je však potrebné opakovane, aby sa udržala dobrá „forma“. Aj jednorazovému výkonu špičkového atléta predchádza pravidelný tvrdý tréning. Na našej Akadémii sa lektori navyše prispôsobujú práci v tíme, musia sa mentálne aj časovo synchronizovať. A to dokážu iba zrelé a tolerantné osobnosti. Vieme to, preto máme najšpičkovejších lektorov vo VL na Slovensku. Som na náš lektorský tím nesmierne hrdá.

Ste hnacím motorom celého konceptu Akadémie s jej Fórami. Čo bude nasledovať?

Overili sme si, že ideme správnou cestou. Pilotná Akadémia nám ukázala, ako projekt ešte „vyšperkovať“ a určite budeme pokračovať podľa záujmu lekárov v teréne. Artériová hypertenzia je v súčasnosti nosnou témou Akadémie SVLS. Treba ju v našich ambulanciách správne vykonávať v záujme pacienta a správne vykazovať, aby sme využili zaujímavú finančnú bonifikáciu, ktorú ponúka všeobecným lekárom. Máme však už pripravené témy na ďalšie Fóra našej Akadémie, ktoré budú pre VL nakoľko mimoriadne atraktívne. Spomeniem aspoň niektoré – elektrokardiografia, pracovná zdravotná služba, právo a legislatíva, komunikácia... A je ich oveľa viac. Lekári si na našich Akadémiách dostanú možnosť všetko vyskúšať, takpovediac „ohmatať“. Preto vždy vopred presne určíme počet účastníkov a registráciu po naplnení stanoveného počtu ukončíme – každému kolegovi, ktorý príde, sa chceme venovať individuálne. Je to revolučný spôsob vzdelávania, ale súčasne najefektívnejší. Absolvent Akadémie si má všetko nacvičiť tak, aby získané vedomosti vedel na druhý deň ráno perfektne uplatniť vo vlastnej ambulancii.

Povedzte si niečo aj o vašej práci hlavnej odborníčky MZ SR pre všeobecné lekárstvo. Vy ste zároveň aktívna i v kritike zdravotníctva a naplňaní svojej vízie rozvoja odboru všeobecného lekárstva. Nebije sa to?

Práve naopak – zvyšovanie kvality v zdravotníctve je o konštruktívnej kritike a návrhu riešení. Je dôležité byť aj vizionárom, treba vidieť za roh, niekedy aj za dva. Hlavný odborník MZ SR je oficiálne poradcom ministra, a teda by mal prichádzať s novými podnetmi a návrhmi na zlepšenia v odbore. Avšak aj najlepší návrh, ktorý má potenciál zmeniť budúcnosť, musí byť primerane komunikovaný. Treba zaujať a opakovane vysvetľovať, lobiť. Vyžaduje si to veľkú dávku trpezlivosti, diplomacie, ale nezaškodí aj trochu zdravej neodkloniteľnosti. Kritizovať vie každý, ale reálne riešenia predkladá málokto. Nestačí starý dom zbúrať, treba navrhnuť, čo lepšie bude stáť na jeho mieste. Ako sa vraví, všeobecnému lekárstvu a hokeju rozumie na Slovensku každý. Aj preto absolvujem neraz veľmi frustrujúce pseudodiskusie s „odborníkmi“, ktorí v našom odbore nepracujú. Ale aj to patrí k zlepšeniu a progresu.

Aká je súčasná úroveň spolupráce všeobecného lekára so špecialistom?

Táto spolupráca má svoje pozitíva aj úskalí. Jedno je neodškriepiteľné – vzájomne sa potrebujeme. Kolegovia špecialisti sa roky sťažovali, že všeobecný lekár im nepomáha, nerieši akútne ani chronické ochorenia pacientov tak, ako by mal. Vytykali nám, že preto majú preplnené čakárne stavmi, ktoré by mohol vyriešiť aj on. Súhlasili sme s nimi, a tak sme sami začali systematicky upratovať pred vlastným prahom. Hnevá ma však, ak nám chcú „upratovať“ iní – každý odbor by sa mal pozeráť do vlastného taniera, či mu tam tiež niečo nepláva...

Prvými lastovičkami v modernom manažmente pacienta boli minulý rok odborné usmernenia MZ SR na realizáciu tzv. delegovaných odberov a predoperačných vyšetrení, teraz prišla na rad artériová hypertenzia. Podujali sme sa pomôcť našim pacientom aj kolegom tak, ako si to priali a ako sa to už dávno deje v mnohých iných západoeurópskych krajinách. Na počudovanie to však vyvolalo nevoľu medzi niektorými špecialistami.

Myslíte na emotívne reakcie špecialistov v médiách?

Nemožno paušalizovať. Mnohí špecialisti nás podporujú, pretože pochopili, že iba tak sa skvalitní starostlivosť o pacienta. Pamätám si však niektoré vyjadrenia spred roka, že všeobecný lekár nedokáže pacienta pripraviť na operačný zákrok. Iní tvrdili, že je to pre nás danajský dar alebo sa nám vyhrážali ústavným súdom. Vývoj sa však nedá zastaviť. Na základe výborných výsledkov už kувičie hlasy nepočuť. V súčasnosti majú niektorí špecialisti opäť výhrady k manažmentu pacientov s hypertenziou v našich ambulanciách. Procesy sú však dobre nastavené, prínosné pre pacienta aj v súlade s európskymi štandardami, a tak je aj tento krok opäť „odsúdený na úspech“. Tzv. delegované odbery tiež posúvajú efektivitu slovenského zdravotníctva milovými krokmi dopredu. Tu už rozumiem znepokojeniu niektorých špecializovaných ambulancií, pretože v minulosti bol pre ne všeobecný lekár akýmsi „vysunutým nešpecializovaným odberovým pracoviskom“.

Nemocnice a špecialisti sa delegovaným odberom urputne bránia, hoci výrazne redukujú plytvanie v systéme. Prečo je to tak a aké je riešenie?

Správne ste pomenovali príčinu defenzívy nemocníc a niektorých špecialistov v tejto veci. Je pohodlné hodiť „servis“ pacienta na hlavu VL, dať mu „príkazy“ na sto rokov starom cyklostylovanom papieri a na jeho náklady. To však už končí. Neraz sa naordinujú množstvá absolútne neprínosných vyšetrení. Mnohé sú nielen nezmyslom, pretože nemajú žiadne odborné odôvodnenie, ale narúšajú aj naše vzťahy s pacientom. Treba jasne povedať, že musíme pri aplikácii odborných usmernení MZ SR postupovať jednotne, iba tak presadíme zdravý rozum v medicíne. „Cudzie“ nezmysly zvyšujú nákladovosť našich ambulancií a okresávajú náš reálny príjem. Lady sa však lámu, po roku boja máme regióny, kde sa veci dostali do správnych koľají a fungujú ako treba. Je to veľké zadosťučinenie. Takto budeme postupovať na celom Slovensku. Súčasne netajím, že SVLS podnikla nielen v tejto veci relevantné a úspešné právne kroky. Naďalej budeme členov SVLS efektívne právne ochraňovať.

Ktoré z chronicky pretrvávajúcich problémov sa riešia v súčasnosti a aký je ich význam pre všeobecné lekárstvo?

Možno ich zhrnúť do niekoľkých slov – vysoká odbornosť, moderné vzdelávanie, vysoká efektivita, osobná zodpovednosť a kontrolovateľná transparentnosť. Zásadným krokom je redukcia plytvania. Ešte stále je mimoriadne rozsiahle. Je to tiež trvalá udržateľnosť a rozvoj odborného vzdelávania. Ďalej sú to nové odborné usmernenia MZ SR, štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre jednotlivé diagnózy, ako aj atraktivita ambulantnej praxe pre mladých lekárov. Musíme si uvedomiť, že práve štátom vytvorené, garantované a kontrolované štandardné postupy sú v našej práci zásadné. V zahraničí sú akceptované ako samozrejmosť a absolútna nevyhnutnosť v racionálnej zdravotnej starostlivosti o pacienta. Nejde iba o to, aby sme v diagnostike, liečbe a manažmente pacienta postupovali správne a moderne. Je dôležité mať v rukách vhodné nástroje aj na vlastnú ochranu pred neustálymi útokmi voči lekárom a sestram, ktorých frekvencia a intenzita sa prudko zvyšujú. Týka sa to lekárov v ambulanciách aj v nemocniciach.

Bude to stačiť?

Určite nie. Je súčasne potrebné vytvoriť priaznivú atmosféru na to, aby sme sa so zdravotnými poisťovňami dohodli na reálnom hodnotení kvality práce ambulantného lekára. S ňou úzko súvisí aj platba za jeho prácu. Je absurdné, aby takmer jediným zásadným kritériom na jej posudzovanie bol počet vyšetrených pacientov, počet vykonaných odberov či množstvo predpísaných liekov. Takýto systém je vytvorený umelo, neumožňuje objektívne hodnotenie či porovnanie v rámci odbornosti a nemá žiadnu výpovednú hodnotu. Je predsa iné, ak má lekár geriatrických pacientov na vidieku a iné, ak má mladých zamestnaných ľudí v meste. Pracujem vo vlastnej ambulancii a pravidelne slúžim LSPP, preto som denne konfrontovaná s týmito nevhodne nastavenými parametrami rovnako ako moji kolegovia. Podmienky, ktoré vyjednali

naši zástupcovia v minulosti, neodrážajú naše potreby. Na záver nám prezradte, ako oddychujete. Je o vás známe, že rada cestujete na nezvyčajné miesta. Aké sú teda vaše koníčky?

Priestor na ne sa mi, žiaľ, výrazne zredukoval. Mojou najväčšou vášňou sú knihy. Čas s knihou v ruke je pre mňa absolútnym pôžitkom a súčasne duševnou nevyhnutnosťou. Druhou vášňou je pre mňa cestovanie a história. Cielene si vyberám miesta, ktoré ma obohatia kultúrne aj ľudsky. Som rada, že som precestovala Jemen, Sýriu, Irán, Guatemalu či Bolíviu ešte pred vypuknutím konfliktov a precítila som ich fenomenálnu atmosféru. Zažila som farebné fiesty, ale aj zemetrasenie, mesto zničené tsunami, strelbu povstalcov, domorodú svadbu či soptiace vulkány. Rada sa stretávam s domácimi, čo mi prináša neveriteľne obohacujúce zážitky. Ak sa s vami chudobný roľník na ryžovom poli v Kambodži ako s hosťom rozdelí o svoj úbohý obed, zažijete mentálnu katarziu... Učí ma to pokore, pokoju a veľkorysosti. Mojm koníčkom je aj potápanie a hyperbarická medicína. Nedávno som sa však musela vzdať obľúbeného squashu, čo ma úprimne mrzí. Ale, žiaľ, deň má iba 24 hodín...

Pôvodní obyvatelia Bolívie majú ochranné amulety v hlbkej úcte. La Paz, Bolívia. Foto: M. Palušková



MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA vyštudovala Lekársku fakultu UK v Bratislave. Pracovala ako lekárka na internom oddelení v Nových Zámkoch. Od r. 2000 prevádzkuje vlastnú ambulanciu všeobecného lekára pre dospelých, má dve atestácie zo všeobecného lekárstva. Od r. 2012 je hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecné lekárstvo a patrí medzi zakladajúcich členov Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska. Okrem všeobecného lekárstva sa venuje hyperbarickej medicíne, manažmentu ambulantných zdravotníckych zariadení a kreovaniu rezidentského programu vo všeobecnom lekárstve.

Akadémia Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska: Fórum artériovej hypertenzie

MUDr. Danica Bezáková, MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, MUDr. Iveta Vaverková, MPH
Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 10 – 13.

Množstvo pozitívnych prívlastkov od účastníkov si v prvý októbrový víkend v malebnom prostredí Demänovskej doliny vyslúžil pilotný projekt Akadémie Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS), *Fórum artériovej hypertenzie, modul I*. Pripravil ho organizačný výbor SVLS v dňoch 2. až 4. októbra 2015 v Jasnej. Hlavnou témou, tak ako bolo avizované už na mimoriadne úspešnom májovom kongrese SVLS v Žiline, bola *artériová hypertenzia a manažment hypertonia* v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých. A tak nielen prísľub pekného jesenného počasia a príjemné prostredie hotela Družba na úpätí Chopku v Jasnej, ale hlavne netradične a pútavo spracovaná nová vzdelávacia forma lekárov zanechali v účastníkoch jednoznačný dojem: ten víkend bol skvelý!

Nosná téma, manažment hypertonia, bola počas troch víkendových dní skloňovaná vo všetkých pádoch. Podklady, ktoré vopred dostali frekventanti prostredníctvom e-mailu, naznačili, že je množstvo informácií, o ktorých treba podrobne hovoriť a ktoré si treba vysvetliť. A keďže opakovanie je matkou múdrosti, piatkové popoludnie patrilo teoretickej časti. Prednáška docenta Gabriela Kamenského, hlavného odborníka Ministerstva zdravotníctva SR pre kardiológiu, bola výborným úvodom k obsahovému objasneniu Odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. V ďalšej kvalitnej prednáške docent Štefan Farský zaujímavou predstavil možnosti ovplyvnenia hypertenzie nefarmakologickými postupmi.

Po nich už taktovky prebrali lektori z radov SVLS. Jana Striško Senčáková vo svojej prezentácii otvorila legislatívnu tému – podmienky posudzovania miery poklesu schopnosti zárobkovej činnosti pacienta-hypertonia z aspektu posudkového lekárstva. To napriek aktuálnej, už niekoľko rokov platnej a používanej stratifikácii hypertonia podľa smerníc Európskej hypertenziologickej spoločnosti a Európskej kardiologickej spoločnosti stále pracuje so škálovaním funkčného postihnutia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie... Hovorilo sa tiež o právach a povinnostiach všeobecného lekára a pacienta-hypertonia pri začatí pracovnej neschopnosti, ak má pacient túto diagnózu, ako správne pristupovať ku kontrole práceneschopnosti či ako komunikovať s pracovníkmi Sociálnej poisťovne. Ukázalo sa, že mnohí z nás si doteraz neuvedomili, koľko úskalí sa skrýva v nesprávnej „administrácii hypertonia“...

Workshopy a prekvapenia

Neskoré piatkové popoludnie bolo pre frekventantov Akadémie SVLS skutočným prekvapením. A o to organizačnému tímu išlo. Doktorka *Zvedavá* (Danica Bezáková) a sestrička *Všetečná* (Jana Zimanová) spolu s *Komentátorkou správnych postupov* (Monika Palušková) predstavili epizódu iníciaľného vyšetrenia novozisteného hypertonia v úsmevnej scénke ako vystrihutej z reálneho života našich ambulancií. Nadšené reakcie publika potvrdili, že postava pacienta *Bludruka* (Michal Kovár) zosobnila mnohé vlastnosti pacientov, s ktorými sa stretávame každý deň. Scénkou však večer ani zďaleka neskončil. Monika Palušková predstavila frekventantom organizačný tím Akadémie a jednotlivých lektorov. Následne boli účastníci Fóra artériovej hypertenzie rozdelení do dvanástich pracovných skupín. Každú z nich prevzal jeden lektor – tútor skupiny, ktorý ju oboznámil s pracovnou stratégiou jednotlivých workshopov a programom sobotného a nedeľného dopoludnia. Ďalšou novinkou bolo zadanie krátkej „domácej úlohy“, ktorú mali účastníci spracovať do sobotného predpoludnia. Už v týchto chvíľach sa vytvorila priateľská a uvoľnená atmosféra s predzvestou zaujímavej a novátorskej práce v skupinách.

Obrázok 1 Časť lektorského tímu Akadémie SVLS. Zľava doprava Peter Bakič, Iveta Vaverková, Eva Jurgová, Patrícia Eftimová, Eva Bérešová, Monika Palušková, Jana Striško Senčáková, Marta Luptáková, Miriam Holendová. Vpredu s tortou SVLS Michal Kovár a Peter Marko



Sobotné dopoludnie už patrilo spoločnej „tvrdej práci“. K dvanástim stolom zasadlo dvanásť lektorov a stovadsať frekventantov, aby spolu riešili rôzne pohľady na pacienta-hypertonia. Lektormi základného bloku boli

Martina Jandžíková, Peter Marko, Jana Striško Senčáková, Patrícia Eftimová, Michal Kovár, Viliam Chromý, Miriam Holendová, Danica Bezáková, Marta Luptáková, Peter Bakič, Iveta Vaverková a Jana Zimanová.

Hypertenzia – kazuistiky a modeloví pacienti

V prvom dvojhodinovom bloku frekventanti jednotne riešili správny postup pri iničiálnom a kontrolnom vyšetrení pacienta s artériovou hypertenziou. Ozrejmili si obsah a význam anamnestických otázok, podstatných pre rozpoznanie hlavných rizikových faktorov a základné prejavy sekundárnej hypertenzie. Spoločne stanovovali diagnózu a stratifikáciu modelového pacienta s hypertenziou v interaktívnom workshope so štyrmi kazuistikami, ktorým organizačný tím prepožičal tváre slávnych osobností – Winony Ryder, Barbry Streisand, Roberta Redforda a Russela Crowa. Formou aktívneho vedenia tak postupne frekventanti riešili, ako je na tom pacientka *Winona* či pacientka *Barbra* či ako to prognosticky vyzerá s pacientom *Robertom*. Zopár úsmevných odľahčujúcich poznámok si vyslúžila aj obezita pacienta *Russela*. Úlohou lektorov bolo nielen naučiť frekventantov správne stanoviť diagnózu a stratifikovať pacientov-hypertonikov v jednotlivých kauzistických prípadoch, ale dodržať aj prísny časový harmonogram. Úspešné absolvovanie prvého bloku bolo podmienkou pre postup do ďalších tematických workshopov. Po krátkom „coffebreaku“ sa opäť ozval zvonec a tentoraz už lektori prezentovali jednu zo šiestich špeciálne zameraných tém, ktoré všeobecných lekárov konfrontovali s ďalšími okruhmi starostlivosti o hypertonika. Každého frekventanta čakali v sobotu ešte dva workshopy, v nedeľu nasledovali štyri zostávajúce.

Pracovné lekárstvo

Dva hodinové bloky boli špeciálne venované posudzovaniu zdravotnej spôsobilosti na výkon práce a špecifických činností v rámci pracovnej zdravotnej služby. Aspekty posúdenia zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla, nosenie a držanie zbrane a streliva a činnosti SBS predstavili frekventantom lektori Martina Jandžíková a Peter Bakič. Nebolo jednoduché zvládnuť takú rozsiahlu a legislatívne nie vždy celkom jednoznačnú problematiku v určenom časovom limite. Množstvo otázok a príkladov z praxe vhodne doplnilo praktické riešenie prípadov, známych z úvodných kazuistik. Viacerí frekventanti deklarovali možnosť potenciálnych konfliktov s pacientmi, ak im pri existujúcich kontraindikáciách nepotvrdia spôsobilosť viesť auto či nosiť zbraň. Ale zákonný predpis je daný. Musíme ho rešpektovať aj vo vlastnom záujme.

Ďalšie otázky spojené s vlnou „sociálneho cítenia s našimi pacientmi“ padali aj pri lektorských stoloch Marty Luptákovovej a Danice Bezákovovej, ktoré rozoberali tému posudzovania zdravotnej spôsobilosti na prácu. Už len kompletný zoznam súvisiacich legislatívnych noriem a predpisov vyvolával spočiatku v očiach frekventantov badateľnú neistotu. Rozpýtali ju však vysvetlenie jednoznačných pre a proti pri posudzovaní konkrétneho pacienta všeobecným lekárom – napr. ktorý stupeň hypertenzie a stupeň celkového kardiovaskulárneho rizika je dôvodom na obmedzenie zdravotnej spôsobilosti pri stanovenom pracovnom za-

radení a ktorý je už dôvodom na posúdenie dlhodobej nespôsobilosti. Výsledkom práce skupiny frekventantov bolo vystavenie modelového posudku s dobrým výsledkom pre pacientku *Barbru* – je spôsobilá pracovať v nočných smenách a aj obsluhovať motorový vozík. ☺

Urgentné a emergentné stavy u pacientov s artériovou hypertenziou

Patrícia Eftimová a Michal Kovár lektorovali workshop venovaný urgentným a emergentným stavom, ktoré sa môžu vyskytnúť u pacientov s novozistenou aj liečenou hypertenziou. Okrem teoretických vedomostí si frekventanti mohli overiť správne postupy pri riešení viacerých krízových stavov – vieme správne zaviesť intravenóznou kanylou? vieme správne indikovať prevoz pacienta do ústavného zdravotníckeho zariadenia? je indikované intravenózne podávanie magnézia pri hypertenznej kríze? kedy možno pacienta poslať domov napriek tomu, že sme ešte v nedávnej minulosti boli presvedčení o nutnosti jeho hospitalizácie? Frekventanti vysoko oceňovali, že si mohli vyskúšať viaceré situácie na „vlastnej koži“, mohli sa pýtať priamo lektorov a na svoje otázky dostávali okamžite fundované odpovede.

Správne vedenie zdravotnej dokumentácie

Ďalší workshop bol venovaný právu a legislatíve (nielen) pri vedení zdravotnej dokumentácie pacientov s artériovou hypertenziou. Už tradičnými lektormi boli Monika Palušková a Jana Striško Senčáková. Frekventanti si vyskúšali, ako správne vystaviť nález z iničiálneho aj kontrolného vyšetrenia hypertonika i čo má obsahovať zdravotná dokumentácia pacienta. Dôležité boli informácie o právnych súvislostiach jej vedenia, odovzdávania a archivovania aj o úlohe sestry pri jej vedení. Živú diskusiu vyvolali modelové situácie, pri ktorých mali frekventanti možnosť reagovať na „fiktívnu kontrolu“ pracovníkov rôznych inštitúcií – zdravotnej poisťovne, Sociálnej poisťovne, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, vyššieho územného celku, polície... Na tomto workshope sa jasne ukázalo, aké nedostatky máme pri správnom vedení zdravotnej dokumentácie. Ako lektorky opakovane zdôrazňovali, iba zaznamenané informácie o manažmente pacienta sú pre spomínané inštitúcie relevantné pri ochrane lekára aj sestry. Pokiaľ nie je anamnéza, priebeh a výsledok, resp. diagnóza a liečba pacienta správne zapísaná, pri sťažnosti alebo žalobe pacienta na zdravotníckeho pracovníka lekár ani sestra nemajú žiadny nástroj, ktorý by dokázal, že vykonali všetky úkony načas a správne. Pokiaľ výkon nie je zaznačený v zdravotnej dokumentácii, hľadá sa naň, ako keby nebol urobený. Aj z tohto dôvodu bolo potrebné zdôrazniť, že originál zdravotnej dokumentácie nielen zo zákonného hľadiska, ale aj v záujme lekára nemôže opustiť ambulanciu. Demonštroval to prípad, keď etylizujúci pacient stratil originály lekárskeho nálezu, ktoré mu vydal všeobecný lekár. Keď s odstupom času požiadal o priznanie invalidného dôchodku a odborné nálezy už neboli k dispozícii, všeobecný lekár, ktorý bol zodpovedný za uchovávanie zdravotnej dokumentácie, sa finančnému postihu nevyhol. Legislatívne správna forma a obsah sa týkajú nielen záznamov lekára a sestry, ale aj poučenia pacienta a ním podpísaného infor-

movaného súhlasu. Hoci viacerí lekári vyslovili svoj nesúhlas s takouto administratívnou „záťažou“, súčasne uznali, že je ich jedinou ochranou pred neoprávnenými sťažovateľmi. Na konci workshopu bolo jasné, že správne vedená zdravotná dokumentácia a jej uchovávanie sú základným administratívnym predpokladom správnej diagnostiky, liečby pacienta, ale aj zákonne použiteľným štítom na vlastnú obranu lekára pred neodôvodnenými útokmi.

Obrázok 2 Právny a legislatívny workshop lektorky Jany Striško Senčákovej



Predoperačné vyšetrenie hypertonika vrátane manažmentu delegovaných odberov

Velkej pozornosti sa tešil workshop venovaný manažmentu predoperačného vyšetrenia so zameraním na pacienta s novozistenou alebo už liečenou hypertenziou. Lektormi bloku boli Miriam Holendová a Viliam Chromý. Frekventanti vysoko oceňovali možnosť, že sa mohli pýtať na konkrétne súvislosti. Zaujímali ich správny administratívny postup pri vykonávaní predoperačného vyšetrenia a pri jeho diagnostickom zhrnutí, zaradenie pacientov do ASA (klasifikácia fyzikálneho stavu pacienta podľa Americkej anesteziologickej spoločnosti), ako aj odporúčanie predoperačnej prípravy. Frekventanti tiež mali záujem o objasnenie, kedy, ako a prečo je potrebné prizvať k tzv. predoperačnému vyšetreniu ako konzultanta špecialistu a ktorého (internista, diabetológ, pneumológ). Veľa otázok sa týkalo obsahu a rozsahu laboratórnych a pomocných vyšetrení, ktoré žiadajú pracovišká, kde sa má vykonať operačný zákrok. Búrlivú diskusiu vyvolali často nezmyselné požiadavky chirurgických pracovišok na neodôvodnené a predražené sérologické či kultivačné vyšetrenia, ktoré jednoznačne nemajú opodstatnenie v medicíne založenej na dôkazoch.

V tejto súvislosti sa tiež intenzívne diskutovalo o tzv. delegovaných odberoch – ako správne postupovať v prípade, že chirurgické pracoviško trvá na zjavne neprínosných vyšetreniach alebo čo urobiť, ak lekár-špecialista odmietne potvrdiť žiadanú na delegovaný odber. Mnohí všeobecní lekári si až počas workshopu uvedomili, že pri nedôslednej aplikácii odborného usmernenia MZ SR o delegovaných odberoch výrazne negatívne zasahujú do ekonomického benefitu vlastných ambulancií. Vzhľadom na to, že zdravotné poisťovne zatiaľ vo svojich kontrolných softvéroch nerozlišujú „vlastné indikované“ a nedelegované odbery pre iných poskytovateľov, všetky náklady sú evidované na kód ambulancie všeobecného lekára. V súčasnosti Všeobecná zdravotná poisťovňa aj zdravotná poisťovňa Dôvera už

podrobne sledujú nákladovosť jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vrátane ambulancií všeobecných lekárov. Ak sa ich nákladovosť pri SVALZ-och pohybuje nad štatistickým priemerom, má to reálny dopad na ich bonifikáciu napríklad znížením dodatkovej kapitácie. Je teda na mieste sa pýtať, prečo by všeobecný lekár mal vykonávať úkony, ktoré sú zjavne zbytočné alebo neodôvodnené a navyše má byť za vykonanie odberov, ktoré neindikoval, ekonomicky sankcionovaný. Lektori frekventantom trpezlivo odpovedali na všetky otázky a poradili im, ako správne postupovať aj v prípadoch, ktoré sú „hraničné“.

Terapia artériovej hypertenzie v ambulancii všeobecného lekára

Mnohí frekventanti sa už dopredu tešili na workshop venovaný liečbe artériovej hypertenzie a jej možnostiam v ambulancii všeobecného lekára. Predpokladali, že sa dozvedia viacero užitočných súvislostí, a chceli sa aj aktívne zapojiť do diskusie. Lektorkami tohto workshopu boli Iveta Vaverková a Jana Zimanová. Spôsob, akým pristúpili k prezentácii tejto širokej témy, bol netradičný a súčasne motivujúci. Viacerí frekventanti boli presvedčení, že o liečbe artériovej hypertenzie vo svojej ambulancii vedú všetko podstatné. Ukázalo sa však, že aj postupy, ktoré robia takmer rutinne pri svojej každodennej práci, nemusia byť vždy optimálne a neraz sú známe aj nové súvislosti, ktoré treba brať do úvahy. Lektorky sa najprv zamerali na jednoduché zhrnutie, aby následne povzbudili kolegov na riešenie kazuistik. Modeloví „pacienti“ boli typickí pre naše ambulancie – po „vyšetrení“, ktoré absolvovali v rámci predchádzajúcich workshopov, tu išlo o finalizáciu manažmentu a liečby pacienta s artériovou hypertenziou. Štyri kazuistiky, štyria rozdielni pacienti – muži, ženy, s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi, s rôznymi štádiami artériovej hypertenzie. Lektorky nepoužívali ako nástroj na povzbudenie aktivity frekventantov iba moderovanú diskusiu či prácu s flipchartom, ale aj prácu s pomôckami – plagátmi, farebnými papiermi. Napokon sa v rámci pracovných skupín vytvorili také zaujímavé vzťahy, že frekventanti miestami pri „liečbe“ postupovali ako tím „konziliárov“ – vzájomne si radili, oponovali a aktívne hľadali správne riešenie. A čo možno hodnotiť ako mimoriadne prínosné, do spoločnej práce sa aktívne zapojili aj naši rezidenti.

Obrázok 3 Lektorky Iveta Vaverková a Rastislav Zanošič pri vedení workshopu o liečbe artériovej hypertenzie



Lektorský tandem si zvolil vo všeobecnom lekárstve na Slovenku novátorskú vzdelávaciu metódu. Frekvenciantom boli vopred mailom zaslané materiály, ktoré im bolo odporúčané vopred si preštudovať, aby sa priamo na Akadémii mohli venovať už riešeniu modelových situácií. Vzhľadom na zaneprázdnenosť lekárov vo vlastných ambulanciách organizačný tím pripravil aj tlačенú podobu kazuistík, legislatívnych noriem, zákonov aj odborných usmernení. Po ukončení bloku si účastníci mohli materiály zobrať domov, aby ich spolu so svojimi poznámkami využili v každodennej práci.

Lekárska izba SVLS a „Time for Residents“

Súčasťou Akadémie SVLS bol aj priestor na oddych počas sobotňajšieho popoludnia. Krásna, do jesenného šatu zaošetá príroda Demänovskej doliny zlákala viacerých lekárov na podvečernú prechádzku, iní odpočívali vo wellness centre či pri krásnom 25-metrovom bazéne.

Výbor SVLS však na relax nemal čas. V tomto čase sa tradične uskutočnilo stretnutie s našimi rezidentmi „Time for Residents“ a aj obľúbená „Lekárska izba SVLS“. Diskusia s rezidentmi prebiehala ako vždy vo veľmi príjemnej a uvoľnenej atmosfére a okrem mladých kolegov z celého Slovenska sa ho za výbor SVLS zúčastnili Monika Palušková, Patrícia Eftimová, Miriam Holendová a Jana Striško Senčáková. Hovorilo sa predovšetkým o skúsenostiach rezidentov so zaradením na školiaciach pracoviskách, o tom, ako sa im venujú školitelia a aký je prístup vedenia nemocníc k ich vzdelávaniu. V porovnaní s jarným stretnutím na kongrese SVLS v Žiline sa ukázali dve nové skutočnosti: prvou je postupná zmena postoja školiteľov v nemocniciach k rezidentom. Na začiatku rezidentského programu sa často stávalo, že školiteľ nemal výrazný záujem o starostlivosť o svojho zverenca, postupne sa však prístup školiteľov mení. Podľa všetkého táto zmena vyplýva z toho, že školitelia pozorujú intenzívny záujem budúcich mladých všeobecných lekárov o nadobudnutie vedomostí a zručností a súčasne sa postupne nastavuje aj systém ich finančného odmeňovania, ktorý v minulosti chýbal. Druhou novou skutočnosťou je vyprofilovanie sa rezidentov v „boji“ za svoje práva. Je veľmi sympatické, že práve konzultácie so staršími kolegami zo SVLS počas už tradičných „Time for Residents“ sú často motivátorom toho, aby rezident nebol vo svojich oprávnených požiadavkách ukrátený. Pri dobrej informovanosti sa tiež stáva čoraz zriedkavejšie, že rezident urobí chybu pri žiadosti o refundáciu tzv. neoprávnených výdavkov počas svojej špecializačnej prípravy.

„Lekárska izba SVLS“ ako vždy pritiahla pozornosť množstva všeobecných lekárov z praxe. Aktívne tak využili možnosť vecne prekonzultovať svojej otázky a prediskutovať problémy, ktoré denne riešia v ambulanciách. K svojim kolegyniam z výboru SVLS sa pridali Peter Marko, Peter Bakič a Viliam Chromý. Diskutovalo sa predovšetkým o vykonávaní a vykazovaní preventívnych prehliadok pre zdravotné poisťovne, o predoperačných vyšetreniach a delegovaných odberoch. Vo viacerých bodoch sa všeobecní lekári dohodli na spoločnom postupe, ktorý budú uplatňovať vo svojich regiónoch v záujme

vlastnej ochrany aj zvýšenia prestíže odboru. Rozhovory v neformálnej, uvoľnenej a priateľskej atmosfére ocenili všetci, ktorí sa na nich zúčastnili a zhodli sa na tom, že práve takto má vyzeráť „lekárska izba“ pre všeobecných lekárov.

Sobotný večer tradične patril priateľským rozhovorom pri večeri, ktorej súčasťou bola aj oldies party s hudbou a tanečnou zábavou. Zostal čas aj na ďalšie rozhovory a stretnutia kolegov, ktorí sa počas roka stretávajú hlavne na spoločných vzdelávacích akciách. Napokon nedeľné ráno začalo opäť prácou v skupinách, ale tie už boli tak zladené, že im riešenie kazuistík išlo doslova od ruky...

Poctivá, viac ako trojmesačná príprava lektorov priniesla svoje ovocie. Vyčerpávajúce, dôležité, obohacujúce, interaktívne a... skvelé! Takého boli najčastejšie odpovede na otázku: „Ako sa vám páčilo takéto nové podanie vzdelávania v našom odbore?“ Pre organizačný tím celej akcie je to veľkým povzbudením. A pre nás ostatných, všetkých všeobecných lekárov, nech sú vzpruhou slová Moniky Paluškovej, ktoré odoznili v úvode i na záver podujatia: „Forza SVLS! Poďme, kolegovia! Už je čas!“

Z reakcií účastníkov na Akadémiu Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska, Fórum artériovej hypertenzie, Demänovská dolina – Jasná, 2. – 4. 10. 2015:

„Dovoľte mi poďakovať sa za inovatívne a hodnotné odborné stretnutie, ktorého som sa mohol zúčastniť.“

„Vydržte v tempe ☺, chcem prísť zas.“

„Nikdy som takúto akciu nezažil. Bezchybný novátorský odborný program a ešte aj jedlo bolo výborné. ☺“

„Straaašne dobre bolo na Akadémii, veeeeelmi múdro vymyslené stoly, lebo sme sa dostali k slovu a mali sme zodpovedané všetko, čo sa kto opýtal.“

„Gratulujem pani prezidentke SVLS a celému tímu lektorov. Fantastická akcia. Je za tým obrovský kus práce, nadšenia a tvrdohlavosti za posledné mesiace a roky. Teším sa, akým spôsobom sa vzdelávanie vo všeobecnom lekárstve posunulo dopredu.“

„Blahoželám ku krásnemu podujatiu, mám výborný dojem a super spätnú väzbu od kolegov. Kedy zas SVLS zorganizuje podobnú akciu? ☺“

„Uvoľnená a priateľská atmosféra na Akadémii bola super. Odborná časť programu bola užitočná, obohacujúca a zaujímavá.“

„Niektoré veci ma vyviedli z miery. Musím si premyslieť, ako to budem robiť doma... Ale nikto mi to takto nikdy nevysvetlil. Už viem, čo treba, musím vymyslieť, ako to robiť v ambulancii. ☺“

„Výborne vymyslené, SVLS tvoria ľudia z praxe, ktorí vedia, ako to v ambulanciách beží. Veľmi si cením prácu v skupinách a vzájomnú interakciu.“

„Toto tu ešte nebolo. Skvelé. Vďaka za obrovský kus roboty, čo ste pre nás urobili.“

„Všetko sme si mohli vyskúšať, naučili sme sa, na čo nemáme zabúdať pri dokumentácii, posudkoch. Na „obyčajných“ kongresoch si vyberieme zopár zaujímavých prednášok, ale ideme sa na ne hlavne porozprávať s kolegami. Vždy nám zostane množstvo otázok, na ktoré si medzi sebou nevieme odpovedať. Na tomto podujatí bol dostatok času na otázky, odpovede aj na oddych.“

Aj tohtoročné zasadnutie EURACT-u bolo prínosom pre smerovanie všeobecného lekárstva v Európe

MUDr. Iveta Vaverková, MPH

národná reprezentantka Slovenska v EURACT, viceprezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 14 – 15.

Organizácia EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) píše v rôznych podobách svoju históriu už od roku 1972 a jej hlavným cieľom – poslanie sa nemení – je pomáhať udržiavať vysoké štandardy starostlivosti v primárnej praxi tým, že podporuje vyučovanie a vzdelávanie v odbore všeobecné lekárstvo. Združuje učiteľov/lektorov/asistentov všeobecného lekárstva (General/Family Medicine) predovšetkým v európskom regióne. Svoje zastúpenie v nej má takmer 40 krajín.

EURACT spolupracuje s organizáciami združenými v Svetovej organizácii všeobecných lekárov (World Organization of Family Doctors, WONCA) a prostredníctvom národných reprezentantov kooperuje s fakultami a odbornými spoločnosťami všeobecných lekárov v jednotlivých členských krajinách. Spoločné stretnutia sa konajú 2-krát ročne, vždy v niektorej členskej krajine. Práca výboru je rozdelená na skupiny, ktoré sa zaoberajú všetkými stupňami vzdelávania vo všeobecnom lekárstve – pregraduálnym, postgraduálnym a kontinuálnym (celoživotným). V rámci organizácie sú tiež vytvorené pracovné skupiny, ktoré sa zaoberajú špecifickými témami, týkajúcimi sa aktuálneho diania v EURACT.

Prostredníctvom EURACT-u máme možnosť zúčastniť sa praktických kurzov zameraných na získanie zručností v výučbe medikov a študentov, či načerpať inšpiráciu pre zaujímavé projekty kontinuálneho vzdelávania lekárov. K dispozícii sú tiež sponzorované školiace miesta v týchto kurzoch. Máme možnosť konzultovať s kolegami z krajín, kde existujú a fungujú katedry všeobecného lekárstva a tak dosiahnuť pozitívny posun v tejto oblasti aj u nás. Katedry všeobecného lekárstva s dobre nastaveným systémom výučby sú základným predpokladom pre rozvoj nášho odboru.

Ostatné zasadnutie EURACT-u sa uskutočnilo v dňoch 8. – 10. 10. 2015 v Sarajeve. Zúčastnila som sa na ňom ako národná reprezentantka Slovenska a náklady spojené s touto pracovnou cestou uhradila Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska. Zasadanie bolo charakterizované vysokým pracovným nasadením a výbornou, efektívnou organizáciou. Zaujímavých úloh a výziev je v EURACT-e veľa, preto ak vás práca v EURACT-e osloví, môžete sa prihlásiť a rozšíriť náš slovenský tím.

Jesenné zasadnutie výboru EURACTu sa konalo v hoteli Bosna v Sarajeve. Pracovný program sa začal vo štvrtok popoludní zasadnutím výkonného výboru. Úvodné minúty boli venované spomienke na prof. Janka Kers-

nika, posledného prezidenta EURACT-u, ktorý náhle zomrel v máji tohto roku a ktorý bol doslova dušou EURACT-u. Pokračovalo sa predstavením nových členov – národných reprezentantov za Belgicko (dr. Nele Michels), Slovensko (dr. Iveta Vaverková) a Slovinsko (Assoc. Prof. Zalika Klemenc-Ketis). Za novú – dočasnú prezidentku EURACT-u bola zvolená prof. Jo Buchanan (Veľká Británia). Účastníci si vypočuli krátku záverečnú správu z jarného zasadania a stručné referáty z práce jednotlivých pracovných skupín.

Obrázok 1 Novozvolená dočasná prezidentka EURACT Jo Buchanan



V piatok dopoludnia pracovali jednotlivé skupiny na svojich úlohách. Slovensko participovalo v skupine Základné vzdelávanie medikov (Basic Medical Education). Zaoberali sme sa prípravou workshopu na chystanú prvú konferenciu EURACT-u, ktorá sa bude konať budúci

rok v Dubline. Téma workshopov (WS) bude „Základné curriculum rodinnej medicíny pre študentov medicíny. Čo? a Kedy? – moje osobné skúsenosti.“ Dopoludňajší program pokračoval predstavením IT projektu (Appraisal project) zameraného na certifikovanie školiteľov a učiteľov v odbore všeobecné/rodinné lekárstvo. Prezentoval prof. A. Windak. Po krátkej diskusii v skupinách sme pripomienkovali použiteľnosť a využiteľnosť aplikácie v praxi. Venovali sme sa tiež posudzovaniu ďalšieho vývoja aplikácie a rozšírenia jej možností, prístupnosti pre vybraných používateľov a eventuálneho prekladu do národných jazykov.

Popoludní prebiehala práca v dvoch skupinách, ktoré sa zaoberali otázkami ďalšieho smerovania EURACT-u – čo je jeho najdôležitejšou funkciou? čo by ste chceli zmeniť? požadujete nejakú špecifickú zmenu v organizácii alebo štruktúre zasadania výboru? existujú špecifické potreby, ktoré by pomohli rozvoju všeobecného/rodinného lekárstva (VL) v budúcnosti? Rozoberali sa aj otázky rozširovania a fungovania členskej základne. Diskutovalo sa o rôznorodosti potrieb lektorov a učiteľov VL v závislosti od krajiny.

Druhá skupina pracovala na zlepšení webovej stránky, jej použiteľnosti a atraktivity. Predsedovia jednotlivých pracovných skupín prezentovali závery a vytýčené úlohy na najbližšie obdobie. Záver piatkového pracovného programu bol venovaný sekcii „1 slide 5 minutes presentation“, kde boli odkomunikované niektoré z používaných výučbových metód.

Účastníci si mali možnosť pozrieť prezentáciu Využitie filmov vo vyučovaní rodinného lekárstva (Using Movies to Teach Family Medicine; Slovinsko), využívanú pri výučbe vybraných tém, ktorá je vhodným nástrojom pre stimulovanie diskusie o nich (etika, násilie, komunikácia). Zástupca Izraela predstavil projekt interaktívneho workshopu (učiteľ + „študent“-herec) Spoločné učenie a konštruktívna spätná väzba (Learning Contract and Constructive Feedback), ktorý spúšťajú tento školský rok a má pomôcť učiteľom naučiť sa pracovať s rôznymi typmi študentov. Boli odprezentované čiastočné výsledky ankety „GP selection procedures in Europe“, do ktorej sa zapojilo aj Slovensko. Kompletne výsledky budú prezentované na konferencii WONCA Europe v Kodani v júni 2016. Taliansky reprezentant sa venoval analýze postoja EURACT-u k súčasnej situácii s imigrantmi v Európe. Zaujímavé video z vidieckej praxe v Českej republike, „Ako vidiecky lekár využíva nové technológie?“ (How Rural Doctor Works with New Technology?), uzavrelo túto sekciu. Vysoké pracovné nasadenie vystriedal príjemný večer v štýlovej reštaurácii s krásnym výhľadom na Sarajevo, sprevádzaný neformálnymi rozhovormi.

Sobotné ráno sme začali malou prechádzkou a návštevou lekárskej

fakulty v Sarajeve, kde nás privítala jej dekan. Nasledovala krátka prezentácia histórie a súčasnosti VL v Bosne a Hercegovine.

Pracovné aktivity pokračovali prípravou organizačných podkladov a odborného programu konferencie EURACT-u 7. – 8. septembra 2016 v Dubline. Headline konferencie je „Educating Doctors for General/Family Medicine 2.0“. Oboznámili sme sa s hlavnými témami prednášok a workshopov. Schválili sme jednotlivé výbory a stanovili časový harmonogram aktivít výborov a pracovných skupín.

Nasledovala pracovná časť venovaná zhodnoteniu práce od posledného stretnutia. Referovalo sa o spolupráci s EQUIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice; Európska spoločnosť pre kvalitu a bezpečnosť v rodinnom lekárstve), EGPRN (European General Practice Research Network; Európska sieť pre výskum vo všeobecnom lekárstve), EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association; Európska asociácia vidieckych a izolovaných lekárov), diskutovalo sa tiež o možnosti pre ďalšie odborné spoločnosti stať sa spolupracujúcimi organizáciami (Organisation in Cooperation). Zhodnotil sa stav pripravenosti kurzu Leonardo da Vinci Level-1 2015 v Tbilisi (kurz pre učiteľov a lektorov) a tiež kurzu Leonardo da Vinci Level-2 2016, ktorý sa bude konať budúci rok v Estónsku. Účastníci zasadnutia odsúhlasili nový názov kurzov konajúcich sa každoročne v Bledě na počesť prof. J. Kersnika.

Ďalšie zasadanie členov výboru EURACT prebehne na jar roku 2016. EURACT bol aktívne zastúpený aj na konferencii WONCA 2015 v Istanbuli v októbri 2015, v Kodani (15. – 18. 6. 2016) a Riu de Janeiro (2. – 6. 11. 2016).

Záverečné hodnotenie mítingu všetkými účastníkmi uzavrelo jesenné stretnutie členov výboru EURACT-u. Atmosféra bola úžasná, ľudia veľmi priateľskí a zapálení pre prácu pre náš odbor. Ak máte chuť, pridajte sa na Slovensku k nám. :)

Obrázok 2 Spoločná fotografia účastníkov zasadnutia EURACT



Význam skríningu hepatitídy C pre prognózu pacienta

Doc. MUDr. Pavol Kristian, PhD.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 16.

Výskyt hepatitídy C na Slovensku predstavuje asi 0,7% populácie, t. j. približne 35 000 infikovaných osôb. Doteraz diagnostikovaných bolo len 11% z nich. Diagnostika hepatitídy C je vzhľadom na častý bezpríznakový priebeh zložitá a opiera sa okrem iného aj o zvýšenú aktivitu alanínaminotransferázy (ALT), mnohokrát zistenú náhodne. V praxi sa však často vyskytujú prípady, keď ošetrojúci lekár ani pri opakovane dokumentovanej a neobjasnenej zvýšenej aktivite aminotransferáz neindikuje sérologické vyšetrenia na chronické vírusové hepatitídy. Diagnostický proces sa takto neprímerane predlžuje a v priemere trvá u nás až 6,5 roka.

Postupom času chronická hepatitída C v nediagnostikovaných a neliečených prípadoch progreduje, čím narastá počet pacientov s cirhózou pečene a rizikom hepatocelulárneho karcinómu (HCC). Radikálne zlepšenie stavu môže nastať len pri výrazne zlepšenom skríningu hepatitídy C (HCV) a dôslednom vyhľadávaní pacientov.

Popis prípadu

Päťdesiatdvaročný muž je vyšetrowaný od marca 2015 v rámci diferenciálnej diagnostiky ochorenia pečene. Pacient doteraz údajne vážnejšie chorý nebol, má hmotnosť 54 kg, index telesnej hmotnosti vykazuje podpriemerné hodnoty (BMI 18,7). Nadmerný konzum alkoholu v minulosti popiera, príležitostne pil pivo, posledné mesiace vôbec. Iné rizikové správanie ani kontakt s hepatitídou neudáva, transfúzie krvi nedostal. Subjektívne sa sťažuje na zvýšenú únavnosť, slabosť a zhoršenú chuť do jedla.

Pre opakovane zvýšenú aktivitu aminotransferáz bol pacient odoslaný v júni 2015 na interné vyšetrenie, kde bola zistená anti-HCV pozitivita a následne potvrdená chronická hepatitída C pozitívnym nálezom HCV RNA s genotypom 1b. Ultrasonografia (USG) abdomenu poukazuje na mierne zväčšenú steatotickú pečeň, avšak realizovaná tranzientná elastografia dokumentuje už pokročilú fibrózu – v štádiu F4 (podľa Metavir). Laboratórne bola zistená prítomnosť trombocytopenie ľahkého stupňa, asi 5-násobne zvýšená aktivita ALT a tiež zvýšená hodnota alfafetoproteínu (AFP) 54,9 z júna 2015 (norma do 5,8 kIU/ml).

V septembri 2015 bol pacient odoslaný na špecializované infektológické pracovisko s chronickou hepatitídou C za účelom antivírusovej liečby. Tu bol pri kontrolnom vyšetrení zistený mierny vzostup aktivity aminotransferáz ako aj významný vzostup hodnôt markera hepatocelulárneho karcinómu AFP na hodnotu 77,3. Opakovaná tranzientná elastografia svedčí pre cirhózu pečene (vysoká hodnota tuhosti pečene 24,5 kPa, zodpovedajúca fib-

róze štádia F4). Realizované bolo opäť aj USG vyšetrenie pečene, nález potvrdzuje cirhózu pečene, ale aj novozistený ložiskový proces pravého laloka pečene charakteru HCC veľkosti 10 – 13 mm. Následné MRI vyšetrenie pečene s kontrastnou látkou nepotvrdzuje HCC, nevysvetľuje však jasne pôvod ložiska, čo vedie k potrebe ďalšej (resp. opakovanej) diagnostiky.

Dôsledným dohľadaním dokumentácie pacienta sa zistilo, že zvýšenú aktivitu aminotransferáz mal opakovane potvrdenú minimálne od januára 2007, teda asi 8,5 roka. Ďalším zarážajúcim objavom bol fakt, že pacient bol na prelome rokov 2008/2009 diagnostikovaný v tom čase prebiehajúcim skríningovým projektom na hepatitídu C. Pri tejto príležitosti bola potvrdená nielen zvýšená aktivita ALT, ale už aj priamo dokázaná anti-HCV pozitivita (december 2008). Podobne, ako všetci pozitívni pacienti zachytení v tomto projekte, pacient aj jeho praktický lekár boli o tomto náleze upovedomení s odporúčaním, aby sa pacient dostavil na špecializované pracovisko. Toto sa však nestalo a potvrdená diagnóza hepatitídy C upadla do zabudnutia (v r. 2015 pacient udáva, že o svojej hepatitíde C doteraz nevedel).



Záver

Predložený prípad cirhózy pečene na podklade chronickej hepatitídy C s doteraz nejasným ložiskovým procesom je príkladom pokročilého ochorenia pečene, ktoré bude vyžadovať komplexnú diagnostiku a zrejme nákladnú liečbu s neistou prognózou. Včasná a dôsledná diagnostika hepatitídy C môže zabrániť podobnej progresii a pri dnešných možnostiach antivírusovej liečby môže byť pacient s veľkou pravdepodobnosťou úplne vyliečený. Skríningové programy zamerané na včasné vyhľadávanie bezpríznakových pacientov s hepatitídou C majú pre ich prognózu kľúčový význam.

Epidemiologické údaje o sledovaní pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním

Andrej Dukát¹, Ján Gajdošík², Terézia Szádocká¹, Marián Zelina¹, Eva Gonçalvesová³, Lucia Serugová¹, Peter Sabaka¹, Fedor Šimko^{4,5}

¹ II. interná klinika LF UK a UNB v Bratislave; ² Nešáttna ambulancia pre dospelých v Nových Zámkoch; ³ Národný ústav srdcových a cievnych chorôb v Bratislave; ⁴ Ústav patologickej fyziológie LF UK a III. interná klinika LF UK a UNB v Bratislave; ⁵ Ústav experimentálnej endokrinológie SAV v Bratislave

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 18 – 22.

Abstrakt: Srdcové zlyhávanie má dnes aj na Slovensku epidemický rozmer výskytu. Preto treba riešiť nielen diagnostiku ochorenia, ale i jeho liečbu. Komorbidity a samotné srdcové zlyhávanie obvykle liečime blokovaním „neurohormonálnej aktivácie“ v organizme. Objavujú sa i ďalšie liečebné prístupy. Nádejnou sa stáva liečba železom, keďže mnohí chorí so srdcovým zlyhávaním majú absolútny či relatívny deficit železa v organizme. Predmetom tohto článku sú mechanizmus účinku železa u pacientov so srdcovým zlyhávaním a odporúčania pre vhodnú terapiu železom (intravenózne či perorálne).

Kľúčové slová: srdcové zlyhávanie, metabolizmus železa pri srdcovom zlyhávaní, liečba železom

Summary: Heart failure has now also in Slovakia occurrence of epidemic proportions. It is therefore necessary to address not only the diagnosis of the disease, but also its treatment. Typically, we treat co-morbidities and the treatment of heart failure itself by blocking the “neurohormonal activation” in the organism. Other treatment approaches are being discovered as well. Iron therapy becomes promising, since many patients with heart failure have an absolute or relative deficiency of iron in the organism. What happens with iron at heart failure and how to treat such patients with iron (intravenously or orally) is the subject of the article.

Key words: heart failure, iron metabolism at heart failure, iron therapy

Slovensko patrí v súčasnosti ku krajinám s najvyššou chorobnosťou a úmrtnosťou na kardiovaskulárne ochorenia.¹ Na tejto skutočnosti sa vo významnej miere podieľa aj chronické srdcové zlyhávanie (CHSZ).

Chronické srdcové zlyhávanie je závažný klinický syndróm, ktorý postihuje 2 – 3% dospeljej populácie.² Patrí medzi najčastejšie dôvody hospitalizácie pacientov v našich podmienkach.³ Až 40% pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním zomiera a 25% pacientov je opakovane hospitalizovaných v priebehu troch mesiacov po prepustení z nemocnice. O nepriaznivej prognóze tohto syndrómu svedčí aj skutočnosť, že približne polovica pacientov so srdcovým zlyhávaním zomiera do štyroch rokov.⁴ Liečba je ekonomicky veľmi náročná, pre pacienta zaťažujúca a situáciu sťažuje aj neadherencia pacientov k režimovým opatreniam a k dlhodobej liečbe.^{5,6} V klinickej praxi je možné pozorovať ako nadhodnotenie, tak aj podhodnotenie diagnostiky. Pri určitej aproximácii platí tzv. pravidlo polovice: polovica pacientov nie je správne diagnostikovaná a iba polovica pacientov s diagnostikovaným ochorením je správne liečená.^{7,8}

Primárnym cieľom štúdie KARDIAK bolo zistiť farmakoterapeutické postupy v manažmente pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním. Medzi sekundárne ciele patrilo zistenie diagnostických postupov v manažmente skúmanej populácie, výskytu komplikácií a komorbidít pri chronickom srdcovom zlyhávaní a zistenie adherencie pacientov k dlhodobej liečbe tohto ochorenia. Práca

bola podporená grantom KARDIAK Slovensko spoločnosti Egis. Projekt schválili lokálne i regionálne etické komisie, a je kreditovaný SACCME.

Všetci účastníci podpísali pred zaradením do štúdie informovaný súhlas. Štatistické spracovanie – deskriptívne dáta sú uvedené ako priemer ± smerodajné odchyľky.

Súbor pacientov a metódy

V roku 2014 sa na Slovensku realizovala prierezová epidemiologická štúdia s názvom KARDIAK, ktorá sledovala vzorku 7 309 pacientov pozorovaných a liečených v podmienkach primárnej liečebnej starostlivosti pre diagnostikované a liečené chronické srdcové zlyhávanie po dobu jedného roka. Pacienti boli sledovaní svojimi ambulantnými lekármi po vstupnom vyšetrení počas obdobia šiestich a dvanástich mesiacov. Súčasťou bolo aj vyplnenie štandardného dotazníka samotným pacientom. Zo sledovaného súboru boli získané výsledky v skupine 7 032 pacientov, 3 281 mužov (46,44%) a 3 751 žien (53,34%), 5 692 nad 60 rokov a 1 162 pacientov do 60 rokov veku. Základné demografické ukazovatele sú uvedené v tabuľke č. 1. V tabuľke č. 2 je ich základné rozdelenie podľa tried NYHA (New York Heart Association Functional Classification). Išlo všetko o pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom s komorbiditami: 6 189 pacientov (86,41%) malo hypertenziu, 5 631 (78,62%) ischemickú chorobu srdca, 4 201 pacientov (58,66%) dyslipoproteinémiu, 2 318 (32,34%) diabetes

mellitus, 1 013 (14,14%) chronické obličkové ochorenie, 892 (12,45%) chronickú obštrukčnú chorobu pľúc a 579 (8,08%) anémiu.

Hlavnými etiologickými faktormi základného ochorenia boli: ischemická choroba srdca, malo ju 3 716 (52,84%) pacientov, hypertenziu malo 2 375 pacientov (33,77%), kardiomyopatie 367 (5,22%), chlopňové chyby 295 pacientov (4,2%) a iné príčiny 115 pacientov (1,64%). Alarmujúcim zistením bolo, že napriek stanoveniu závažnej diagnózy chronického srdcového zlyhávania ešte stále 1 407 pacientov (20,01%) zostávalo fajčiarmi a 946 pacientov (13,45%) priznávalo pravidelnú konzumáciu alkoholu. Táto situácia je znázornená na grafe č. 1.

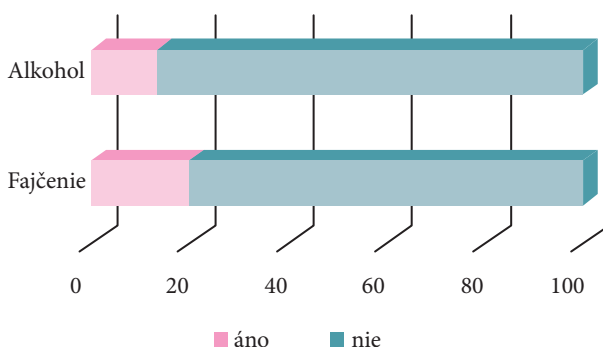
Tabuľka 1 Základné demografické údaje sledovaných pacientov

Výška (cm)	167,8 ± 8,8 SD
Hmotnosť (kg)	83,5 ± 15,7 SD
Obvod pása (cm)	98,3 ± 14,7 SD
BMI (cm ²)	29,52 ± 5,4 SD
TKs (mmHg)	137,8 ± 17,0 SD
TKd (mmHg)	81,5 ± 10,2 SD

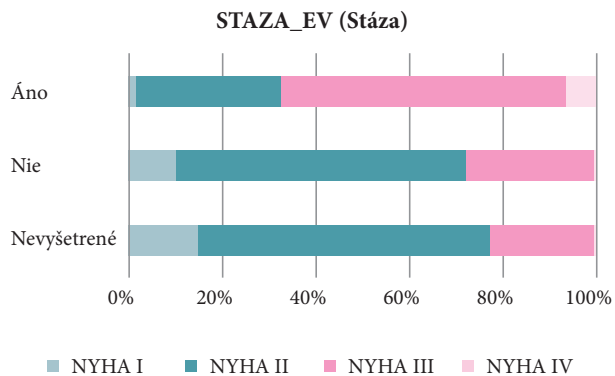
Tabuľka 2 Rozdelenie základných demografických ukazovateľov do tried NYHA

Trieda	Počet pacientov	Vek (± SD roka)	Muži/ženy
I.	696	63,77 ± 11,65	344/396
II.	3 819	69,70 ± 10,48	1 781/2 138
III.	2 260	72,64 ± 10,32	1 086/1 178
IV.	109	73,15b ± 11,62	70/39

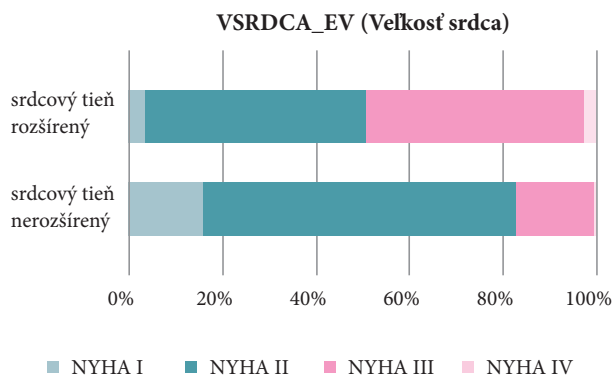
Graf 1 Anamnesticky udávaný abúzus fajčenia a konzumácie alkoholu



Graf 2 RTG známky stázy podľa stupňa závažnosti ochorenia



Graf 3 RTG známky zväčšenia srdcového tieňa podľa stupňa závažnosti ochorenia



Tabuľka 3 Vybrané sledované biochemické parametre

Vybrané sledované parametre	Priem.	±SD
Cholesterol [mmol/l]	5,06	1,14
LDL [mmol/l]	2,93	0,95
HDL [mmol/l]	1,36	0,46
Triacylglyceroly [mmol/l]	1,76	0,92
Glykémia (mmol/l)	6,18	2,3
ALT (μkat/l)	0,51	0,38
AST (μkat/l)	0,49	0,31
Na+ (mmol/l)	139,54	3,69
K+ (mmol/l)	4,39	0,46
Albumín/kreatinín v moči	6,46	29,70
Kreatinín (μmol/l)	92,24	29,99
Kyselina močová (μmol/l)	346,36	90,87
Glomerulárna filtrácia (ml/min)	1,48	5,95
Fe v sére (μmol/l)	15,36	10,68
hsCRP (mg/l)	5,64	7,74
NT-proBNP (ng/l)	1 260,8	1 937,4

Výsledky

Diagnostické ukazovatele

Diagnostika pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním (napriek nejednote v definíciách) bola postavená podľa kritérií platných európskych a národných odporúčaní.⁹ V tabuľke č. 2 je uvedené základné rozdelenie pacientov do tried NYHA.

Pomocné vyšetrovacie metódy

V tabuľke č. 3 sú uvedené vybrané sledované biochemické parametre. Bol zistený vzťah medzi stupňom triedy NYHA a výškou hladiny NT-proBNP, ktorý mal progresívny trend v narastajúcich hodnotách. V triede I $587,17 \pm 1\,650,20$, v triede II $919,99 \pm 1\,410,82$, v triede III $1\,658,71 \pm 2\,250,16$ a napokon v triede IV $2\,729,84 \pm 3\,309,73$.

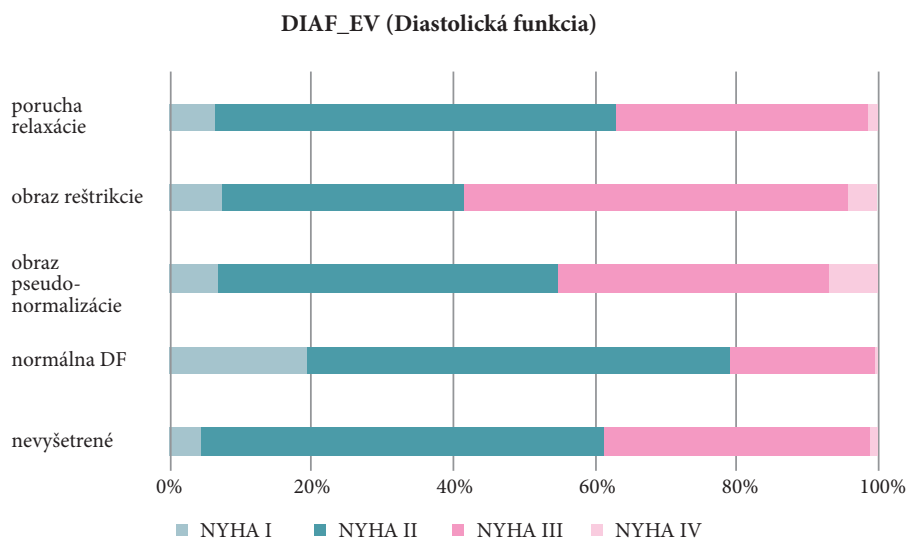
Štandardné EKG vyšetrenie

Sínusový rytmus malo 5 011 pacientov (75,61 %), nesínusový rytmus 1 327 (20,04 %), pacemakerový rytmus 282 (4,26 %), fibriláciu predsiení 1 605 pacientov (25,28 %). Blokády: atrioventrikulárne 367 pacientov (5,82 %), ramienkové 1 342 pacientov (21,45 %). EKG známky hypertrofie ľavej komory srdca malo 2 760 pacientov (44,34 %), ischemické zmeny 3 948 pacientov (64,21 %), neudané údaje malo 540 pacientov.

RTG snímka pľúc

Rozšírenie tieňa srdca (KTI) sa zistilo 3 561 pacientom (58,93 %) a stáza na pľúcach v prípade 1 292 (21,38 %) vyšetrených pacientov. Na grafoch č. 2 a 3 sú znázornené uvedené vzťahy v závislosti od závažnosti ochorenia pacientov.

Graf 5 Výsledok echokardiografického vyšetrenia diastolickej funkcie podľa závažnosti ochorenia

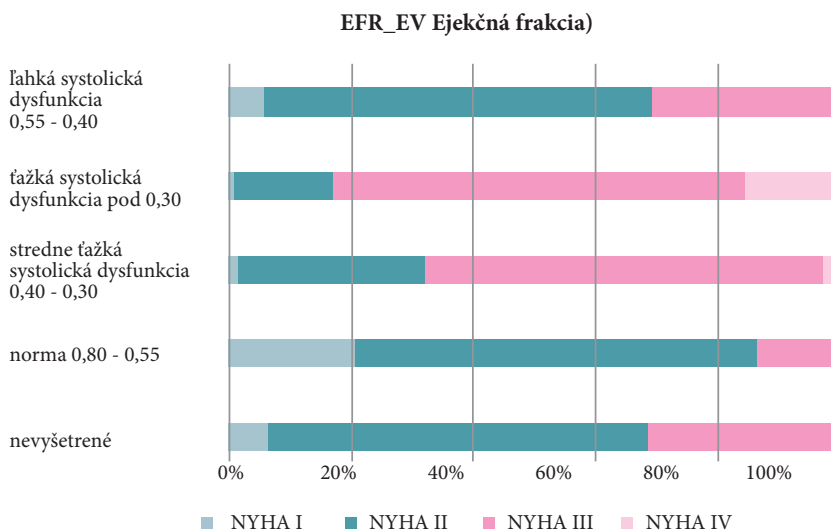


Echokardiografické vyšetrenie

Systolická funkcia

Normálny výsledok ejekčnej frakcie (EF) ľavej komory malo 1 412 pacientov (23,57 %). EF v rozmedzí 0,55 – 0,40 malo 2 480 pacientov (41,93 %), medzi 0,40 – 0,30 1 152 pacientov (19,48 %), pod 0,30 malo 291 pacientov (4,92 %) a neudaný údaj bol v prípade 1 247 pacientov. Na

Graf 4 Výsledok echokardiografického vyšetrenia systolickej funkcie podľa závažnosti ochorenia



grafe č. 4 je ilustrovaný vzťah k stupňu závažnosti ochorenia pacientov.

Diastolická funkcia

Normálny výsledok malo 883 pacientov (15,31 %), reštrikciu 306 (5,26 %), poruchu relaxácie 3 430 (59,48 %), obraz pseudonormalizácie 191 (3,31 %) a neudaný údaj malo 1 395 pacientov. Na grafe č. 5 je znázornený vzťah ku stupňu závažnosti ochorenia pacientov.

Veľkosť dutiny ľavej komory srdca malo bez patológie 2 625 (45,52 %), s patológiou 2 482 (43,04 %), neudaný údaj malo 660 pacientov. Hypertrofiu steny ľavej komory srdca malo bez patológie 2 584 (44,53 %), s patológiou 2 594 (44,40 %), 625 pacientov nemalo uvedený údaj.

Výšetrenie záťažovým EKG testom (ergometria, bežiaci pás či šesťminútová chôdza) sa v našich podmienkach bežnej klinickej praxe štandardne nevykonáva a záznamy o ňom neboli vôbec dostupné v zdravotných dokumentáciách pacientov (napriek tomu, že je uvedený v platných odporúčaníach).

Diskusia

Európska kardiologická spoločnosť pre krajiny s veľmi vysokou morbiditou a mortalitou na kardiovaskulárne ochorenia odporúča ako prvý krok na ich významnejšie ovplyvnenie realizovať plošné vyšetrenia s cieľom vytvoriť národné registre.^{10,11} Analýza údajov a zistených výsledkov môže slúžiť ako podklad pre racionálne a systematické ovplyvnenie tých najdôležitejších faktorov, ktoré sa podieľajú na základnom kardiovaskulárnom ochorení.¹² Na tomto mieste sa ponúka paralela s taktikou úspešných vojvodcov v histórii: úspešná bitka sa nedá vyhrať rozptýlením síl na všetkých frontoch, ale je potrebné zamerať úder vojska na jeden dominantný úsek. Podobná taktika sa osvedčuje aj v prevencii a liečbe kardiovaskulárnych ochorení v klinickej praxi.^{13,14}

Vzhľadom na zložitú a meniacu sa politickú a hospodársku situáciu nenadobudol boj s kardiovaskulárnymi ochoreniami dostatočnú razanciu, čím v tejto oblasti nastáva výrazné zaostávanie na európskej i svetovej úrovni. V týchto krajinách dochádza k realizácii opatrení na základe známych epidemiologických údajov v podstatne výraznejšej miere, čo sa prejavilo dlhodobým znižovaním morbidity a mortality.¹ Takáto koncepcia však musí byť vypracovaná nie pre časovo relatívne krátke periody jednotlivých vlád, ale mala by byť zameraná a realizovaná pre jednu i viac generácií v priebehu niekoľkých dekád. Jedine takýto prístup umožní slovenským pacientom posunúť sa z miest najvyššej mortality a najkratšieho priemerného veku na pozíciu, ktorá takej kultúrnej a rozvinutej krajine, akou je Slovensko, právom patrí. Určitým svetlým bodom v tejto zložitej situácii je založenie (žiaľ iba niekoľkých) ambulancií na sledovanie pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním v krajine. Mimoriadne poďakovanie prináleží firme Egis za poskytnutie grantu na realizáciu uvedeného projektu KARDIAK a firme Sanitas Slovaca za jeho logistické zabezpečenie. Je to zvlášť cenné v súčasnom období ekonomickej a morálnej krízy v celosvetovom meradle. Poďakovanie patrí aj všetkým lekárom v primárnej starostlivosti na Slovensku, ktorí sa podujali zo svojho vzácneho času venovať časť aj na realizáciu zberu dát o pacientoch. Ich zoznam je uvedený v prehľade za článkom. Sme pevne presvedčení, že realizácia tohto mimoriadneho a v krajinách východnej Európy ojedinelého epidemiologického projektu bude mať pozitívny dosah na zdravotnú situáciu populácie s kardiovaskulárnym ochorením na celom Slovensku a stane sa východiskom pre podobné projekty aj v iných oblastiach našej medicíny.

Záver

Po podrobnej analýze údajov od ošetrojúcich lekárov i pacientov budú navrhnuté opatrenia pre inštitucionálne organizácie (vrátane zdravotných poisťovní), zamerané na riešenie najdôležitejších problémov, ktoré sa vyskytujú pri manažmente pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním v našej klinickej praxi.

Literatúra:

1. NICHOLS, M. – TOWNSEND, N. – SCARBOR-

OUGH, P. et al. 2013. Trends in age-specific heart disease mortality in the European Union over three decades: 1980 – 2009. *Eur Heart J* 2013;34:3017-3027.

2. GONÇALVESOVÁ, E. – FABIÁN, J. 2006. Srdcové zlyhávanie: definícia, terminológia a klasifikácia. *Cardiol* 2006;15:214-217.

3. KIRKWOOD, F. – ADAMS, J. – ZANNAD, F. 1998. Clinical definition and epidemiology of advanced heart failure. *Am Heart J* 1998;35:202-214.

4. POOLE-WILSON, P. A. 1999. *Heart failure*. Lippincott 1999:270s.

5. ŠIMKO, F. – ŠIMKO, J. 1999. Heart failure and angiotensin converting enzyme inhibition: problems and perspectives. *Phys Res* 1999;48:1-8.20.

6. ŠIMKO, F. – ŠIMKO, J. – FÁBRYOVÁ, M. 2003. ACE-Inhibition and Angiotensin II Receptor Blockers in Chronic Heart Failure: Patophysiological Consideration of the Unresolved Battle. *Cardiovasc Drugs and Ther* 2003;17:287-280.

7. GONÇALVESOVÁ, E. 2006 Srdcové zlyhanie – terminológia. *Cardiol* 2004;13:K/C62.

8. ŠIMKO, F. 2006. *Patofyziológia zlyhania srdca*. *Via Pract* 2006;3:382-384.

9. MCMURRAY, J. J. V. – ADAMOPOULOS, S. – ANKER, S. D. et al. 2012. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure. *Eur Heart J* 2012;33:1787-1847.

10. FLORAS, J. S. – PONIKOWSKI, P. 2015. The sympathetic/parasympathetic imbalance in heart failure with reduced ejection fraction. *Eur Heart J*, 2015;36:1974-1982.

11. PARKER, J. D. 2015. Therapeutic developments in the therapy of heart failure: lessons to be learned. *Eur Heart J* 2015;36:1952-1954.

12. LUSCHER, T. F. 2015. Novel aspects of heart epidemiology: from combined neurohormonal blockade to embryonic stem cells. *Eur Heart J* 2015;36:1937-1939.

13. MOS, L. – SALADINI, F. – FANIA, C. et al. 2014. Epidemiology and Prevention of CV Disease: Physiology, Pharmacology and Lifestyle. *Circulation* 2014;130: A12539.

14. PERK, J. – DE BACKER, G. – GOHLKE, H. et al. 2012. European Guidelines On cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33:1635-1701.

15. MEBAZAA, A. – YILMAZ, M. B. – LEVY, P. et al. 2015. Recommendations on prehospital and early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine. *Eur Heart J* 2015;36:1958-1966.

PodĎakovanie patrí všetkým lekárom v klinickej praxi, ktorí sa zúčastnili na sledovaní v tejto štúdii a sú uvedení ako spoluautori v prehľade článku.

Anna Androvičová
 Michaela Andruchová
 Ľubomír Antalík
 Erika Antalová
 Gabriela Arvensisová
 Zoja Augustinová
 Emil Augustín
 Pavel Babjak
 Daniela Bačová
 Stanislava Bachledová
 Nikoleta Bandžuchová
 Milan Baník
 Darina Bartovicová
 Ernest Barusz
 Henrieta Baruszová
 Ladislav Belák
 Lenka Benáková
 Rudolf Benedikt
 Eva Berešová
 Alžbeta Bezegová
 Miroslava Blahušiaková
 Dana Blahyiová
 Peter Bobčák
 Marián Boček
 Dagmar Bollová
 Daniela Böhmerová
 Stanislav Bujňák
 Eva Buksárová
 Zuzana Butvínová
 Marina Cetnerová
 Erika Csachová
 Ľudovít Csala
 Anetta Čanigová
 Ján Červeň
 Peter Čičvara
 Pavol Čižmárik
 Drahomíra Demešová
 Iveta Demjanová
 Elena Dorociaková
 Mária Drahňáková
 Erika Drozdáková
 Marcela Dudinská
 Karla Duchovná
 Marián Dzurík
 Miloš Fačkovec
 Marta Farkašová
 František Fazekaš
 Zuzana Ferenčíková
 Vladimír Filip
 Dagmar Foldiová
 Gabriela Fraňová
 Martin Frolo

Alica Fronková
 Vladimír Gabriška
 Darina Gajdošová
 Mária Galčíková
 Katarína Gašparová
 Zuzana Glatzová
 Ivan Gonos
 Katarína Gonová
 Peter Grochal
 Henrieta Halmová
 Elvíra Hammerová
 Anna Haviarová
 Peter Heinrich
 Ján Hencel
 Mária Hannelová-Bartošová
 Ingrid Hidasiová
 Alena Horsáková
 Ján Horváth
 Zuzana Hrubá
 Helena Hukelová
 Igor Chamila
 Anna Cholujová
 Lenka Ilavská
 Beata Janíková
 Gabriela Jatyelová
 Pavol Jedinák
 Milan Kapalko
 Monika Karamanová
 Jarmila Karpenková
 Božena Kilvályová
 Helena Kizáková
 Anna Knapcová
 Jaroslav Kohút
 Veronika Kolíková
 Ondrej Kollár
 Tomáš Kolonyi
 Katarína Koóšová
 Mária Koščová
 Gabriela Kotrlóvá
 Oľga Kováčsová
 Jana Kováčková
 Jarmila Krakovská
 Daniela Križková
 Štefan Krnáč
 Ľudmila Kucková
 Dagmar Kundisová
 Daniela Kunhartová
 Edmund Kula
 Andrea Kuráková
 Rudolf Kurian
 Vladislav Laciak
 Darina Lacková
 Daniela Lagínová
 Eva Lančaričová
 Zuzana Lašanová
 Stanislav Lazor
 Beáta Legáthová
 Imrich Lelkes
 Judita Lennerová
 Anton Leško

Peter Letavay
 Ľudmila Ligusová
 Vladimír Lisý
 Jana Lofflerová
 Elena Majorová
 Miloš Malejčík
 Marta Marcová
 Roman Margóczy
 Janka Martinková
 Monika Masarovičová
 Zuzana Mastráková
 Ján Melich
 Ján Mičík
 Andrea Miháliková
 Peter Michalovič
 Jaroslav Mikoláš
 Peter Minarik
 Denisa Mitanová
 Ľubica Mokrá
 Eva Molnárová
 Marian Mora
 Rastislav Moravec
 Andrea Morová
 Eva Mošková
 Andrea Nagyová
 Zoltán Németh
 Elena Nováková
 Eva Nováková
 Zdena Ondrejkošová
 Mária Orolínová
 Katarína Ozogányová
 Jana Pacherová
 Monika Palušková
 Stanislav Pastorek
 Danica Patáková
 Peter Pekarovič
 Martin Penjak
 Juraj Pepich
 Martin Petlák
 Andrea Petrasšková
 Mária Petrusová
 Eva Pichňová Tomášová
 Jana Pikulová
 Ivan Pinter
 Mária Pisková
 Edita Ponderšová
 Marcela Popovičová
 Sandra Prášeková
 Anna Predmerská
 Mária Princová
 Ľubica Pšenčíková
 Ján Pukluš
 Lýdia Pundová
 Daniela Rážgová
 Milan Remáč
 Štefan Repka
 Jaroslava Richterová
 Ľuboš Roháč
 Jana Rybárová
 Eva Sadloňová

Otto Sallai
 Agnesa Sandtnerová
 Mariana Sedláková
 Jaroslava Schichorová
 Eva Slačková
 Pavel Slanina
 Miroslav Slemenský
 Margaréta Smatanová
 Viera Smetanová
 Vladislav Smiech
 Rudolf Smik
 Katarína Sollárová
 Miloš Sopko
 Mária Spišáková
 Darina Straňanková
 Daniela Struhárová
 Jana Stuchlíková
 Eva Svozilová
 Zoltán Szigeti
 Elena Szigetiová
 Mária Ševčovičová
 Beata Šimková
 Ida Šimová
 Katarína Škubová
 Ján Špleha
 Drahoslava Štefancová
 Slavomír Šuch
 Laura Švecová
 Marta Švidranová
 Mária Talianová
 Ján Tholt
 Eva Timková
 Mária Timková
 Igor Tokárčík
 Ľudovít Tomaga
 Blažena Tomková
 Agnesa Tóthová
 Milan Trenčan
 Edita Trnková
 Miroslava Tvrdfiková
 Rudolf Uhliar
 Miroslav Urban
 Jozef Valiska
 Miroslav Vaňo
 Zuzana Vaňová
 Silvia Vargová
 Valéria Vasilová
 Jozef Vičan
 Jozef Vrabec
 Vladimír Vršanský
 Tatiana Vykoukalová
 Peter Wágener
 Štefan Zahorjan
 Jana Zátvarnícka
 Gabriela Zimová
 Agneša Zliechovcová
 Jana Zvarová
 Darina Žingorová
 Mária Žoldošová
 Dušan Žuffa

Práca všeobecného lekára sa mení – preferované budú výkony a kompletný servis pacienta

MUDr. Patrícia Eftimová, MPH

ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, GEPAMED, s. r. o., Bratislava

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 23 – 24.



Primárna zdravotná starostlivosť je označovaná všetkými oficiálnymi autoritami za základný kameň zdravotného systému. Skúsenosti z vyspelých štátov ukazujú, že takmer 80 % všetkých prípadov by sa dalo vyriešiť na úrovni prvého kontaktu a kvalita primárnej zdravotnej starostlivosti významnou mierou ovplyvňuje kvalitu a efektívnosť celého systému starostlivosti o zdravie. Predchádzajúce desaťročie zdeformovalo systém na Slovensku tak, že charakteristickou črtou slovenskej primárnej sféry je vysoká miera odosielania k špecialistom. Príčiny, ktoré k tomu viedli sú viaceré, a ich analýza nie je predmetom tohto článku. V ňom by sme sa radi venovali posunom, ktoré v tejto oblasti nastali a výzvam, ktoré nás v tejto súvislosti čakajú.

Ignorovanie princípu subsidiarity, t. j. že na vyšších úrovniach sa majú vykonávať len tie úlohy, ktoré sa nedajú efektívne vykonať na nižších úrovniach (a opačne), nás priviedlo do stavu, kedy do nemocníc a špecializovaných ambulancií prichádza príliš veľa pacientov, čo zaberá kapacity lekárov-špecialistov potrebné na riešenie zložitých

prípadov. Predchádzajúce obdobie na Slovensku bolo charakteristické legislatívne podporovaným okliešťovaním kompetencií všeobecných lekárov.

Prvá lastovička zmeny priletela v roku 2009, kedy v rámci platieb mimo kapitácie zdravotné poisťovne začali uhrádzať zhotovenie EKG a jeho popis naviazané na výkon preventívnej prehliadky. Prelomovým bolo prijatie Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o predoperačných vyšetreniach, ktoré historicky prvýkrát definovalo kompetenciu všeobecného lekára pri základnom lekárskom vyšetrení. Vrátane popisu EKG. A do tretice Odborné usmernenie o arteriálnej hypertenzii nám prinavrátilo oficiálny status lekára dostatočne vzdelaného na starostlivosť takýchto pacientov. Opäť vrátane vykonávania a popisovania EKG.

Súčasná analýza financovania primárnej sféry ukazuje, že v európskom priestore je trendom kombinácia kapitácie (upravenej podľa rizikovosti) a poplatku za služby (poplatok za každý systém súvisiacich medicínskych služieb a kontakt s pacientom). Najnovšie sa v európskom

kontexte zavádzajú platby za výkon. Tieto sa za najefektívnejšie považujú vtedy, keď sú ciele zosúladené s klinickými smernicami. Naše prepojenie odborných usmernení s platbou za výkon je plne v súlade s uvedenou celoeurópskou stratégiou. Takýto spôsob financovania je zaujímavý aj pre mladých lekárov, pretože sa môžu uplatniť ako špecialisti vo svojom odbore s využitím a rozvíjaním všetkých zručností, ktoré získali vo svojom doterajšom vzdelávaní. Výkonová platba nám umožní vrátiť sa k poctivej medicíne – mať dostatok času na pacienta, pretože nebudeme odkázaní na počet kapítovaných, ale vieme získať finančné prostriedky pre činnosť ambulancie odbornými výkonmi. Umožní nám to jednak znížiť počet kapítovaných pacientov na lekára/ambulanciu, čím vznikne priestor pre nových mladých lekárov, prichádzajúcich z rezidentského programu, a jednak mať viac času na pacienta, ktorému budeme môcť poskytnúť služby v jeho blízkosti a nebude tak odkázaný na vzdialeného špecialistu.

Integrácia výkonov a služieb v jednej ambulancii všeobecného lekára je súčasťou pro-pacientsky orientovanej zdravotnej starostlivosti, ktorú pacienti oceňujú. Možno ešte viac však docenia fakt, že všetko potrebné vybaví pri jednej návšteve v blízkosti svojho domova. Nemusia cestovať, brať si dovolenky, nie sú odkázaní na „voľný čas“ svojich príbuzných.

Vývoj technológií v poslednom desaťročí umožnil aj v ambulanciách prvého kontaktu ponúkať čoraz väčší rozsah služieb, pretože finančná dostupnosť napr. EKG prístroja zabezpečí pomerne rýchlu návratnosť pri vykonávaní EKG v našich ambulanciách. EKG je výkonom hradeným z verejného zdravotného poistenia v rámci plánovanej zdravotnej starostlivosti (preventívne prehliadky, predoperačné vyšetrenia, artériová hypertenzia), ale aj v rámci diferenciálnej diagnostiky pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti (výkon č. 5702c u Všeobecnej

zdravotnej poisťovne), ktoré napomáhajú rozhodovaciemu procesu a zaručujú aj našu bezpečnosť formou správne poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Odhladnuc od finančného benefitu EKG pri preventívnej prehliadke, ktorý tvorí cca 27% (!) z celkovej jej sumy, „doriešenie“ celej preventívnej prehliadky na jednom mieste v jednom čase prináša osov aj nám – lekárom. Nemusíme striehnuť, či sa pacient vrátil s EKG, na ktoré sme ho odoslali – aby sa naplnila litera zákona, a to kompletnosť celej preventívnej prehliadky. Práve táto kompletnosť, resp. nekompletnosť je častým problémom pri kontrolách zo strany zdravotných poisťovní. A priznajme si, „disciplinovanosť“ slovenských pacientov poznáme.

EKG je súčasťou štátnicovej skúšky z internej medicíny aj súčasťou postgraduálnej špecializačnej skúšky. Jeho správna interpretácia samozrejme vyžaduje teoretické pozadie, ktoré všetci máme vďaka doterajšiemu inštitucionálnemu systému vzdelávania. Tento by mal byť ale nasledovaný „každodenným učením sa“ v praxi. Vyššie spomínaným nerešpektovaním subsidiarity sme možno vyšli z cviku. Máme našťastie k dispozícii nástroj ako sa znova naštartovať: Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) si uvedomuje možnosti, ktoré sa dnes všeobecným lekárom otvárajú pri potrebe interpretácie EKG. V bezpečí workshopu s malou skupinkou kolegov pod hlavičkou Akadémie SVLS má každý všeobecný lekár možnosť prejsť a odkonzultovať desiatky a stovky záznamov, aby sa oprášili staré vedomosti a nadobudli nové zručnosti.

Pootvorili sa dverka, na ktoré sme dlho čakali. Je teraz na nás, ako využijeme ponúknutú šancu. Či dáme za pravdu tým, ktorí tvrdia, že to nevieme a nedokážeme. Alebo začneme prinavracáť všeobecnému lekárstvu status, ktorý mu prináleží a chytíme sa príležitosti. Lebo ak nebudeme robiť výkony, ktoré nám platia, ako chceme, aby sa ich počet rozširoval?



Výhody prístrojového vybavenia ambulancie všeobecného lekára

MUDr. Rastislav Zanolit, LEK-NO, s. r. o., ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Námestovo

MUDr. Viliam Chromý, všeobecný lekár pre dospelých, Nižná na Orave

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 25 – 27.

Vykonávanie elektrokardiografie (Viliam Chromý)

Za posledné 2 roky sme boli svedkami nebývalého posilnenia kompetencií všeobecných lekárov (VL) – a to najmä v podobe navýšenia cien výkonov, hradených nad rámec kapitácie zdravotnými poisťovňami. K tomu, z nášho pohľadu, priaznivému obratu došlo pravdepodobne aj preto, že sa Slovensko začalo umiestňovať v mnohých nepriaznivých zdravotných ukazovateľoch (mortalita na ochorenia kardiovaskulárneho systému, výskyt diabetes mellitus, kolorektálneho karcinómu a iných zhubných ochorení) na popredných priečkach v rámci Európskej únie.

Preventívne a diagnostické EKG (Viliam Chromý)

Som presvedčený, že v súčasnosti bez tohto výkonu nie je možné poskytovať správnu zdravotnú starostlivosť lege artis bez rizika právnych dôsledkov medicínsky nesprávne vyhodnotenej situácie. Bez EKG nie je možné zodpovedne vyhodnotiť preventívnu prehliadku napr. u pacienta päťdesiatnika s viacerými rizikovými faktormi. Základnou podmienkou pre indikovanie a následné vykonávanie EKG je dôkladná znalosť samotnej elektrickej aktivity srdca. Všeobecný lekár by mal rozpoznať infarkt, tachyarytmie typu fibrilácie a flutteru predsiení, bradyarytmie typu atrioventrikulárnych AV blokáde, či základné typy extrasystol a ramienských blokáde. Samozrejme, pokiaľ nie je EKG nález jednoznačný, je vždy vhodné požiadať o konzultáciu príslušného špecialistu.

V prípade dobrej znalosti EKG sa nám otvárajú ďalšie možnosti poskytovaných služieb ako predoperačné vyšetrenia, či manažment hypertenzie. Tie predstavujú skutočný nárast kompetencií všeobecného lekára, navyše prinášajú vlastné finančné ohodnotenie. V tomto prípade sa už vôbec netreba obávať neskorej návratnosti investície do EKG prístroja – býva obvykle do 2 rokov.

Prístrojové vybavenie pre EKG (Rastislav Zanolit)

Keď som v roku 2003 začal pracovať v ambulancii všeobecného lekára, považoval som za prirodzené, že pre svoju prácu potrebujem počítač (PC) a elektrokardiografický (EKG) prístroj. Vtedy som sa nepozeral iba na ekonomickú stránku takejto investície, skôr som ju vnímal ako otázku bezpečnosti svojej práce a tiež aj otázku prestíže. Niekoľkokrát som požiadal zdravotné poisťovne, aby zazmluvnili úhradu EKG vyšetrenia v mojej ambulancii, ale odpoveď bola vždy

rovnaká: „Kardiologickú starostlivosť v okrese zabezpečuje ten a ten poskytovateľ.“ Bolo pre mňa nepochopiteľné, že na konci listu bol často podpísaný nelekár, ktorý nevedel, že popis EKG záznamu bol a je súčasťou štátnej aj špecializačnej (atestačnej) skúšky. Teda každý, kto atestáciu zvládol, musí vedieť vykonať a popísať EKG záznam. K obratu došlo v roku 2009, keď sa EKG vyšetrenie stalo u pacientov povinnou súčasťou preventívnej prehliadky po 40. roku života a zdravotné poisťovne ho začali uhrádzať po zdokladovaní vlastníctva a zhody prístroja so smernicou EÚ. Okrem akceptovania tohto vyšetrenia v rámci prevencie ho poisťovne v súčasnosti preplácajú aj ako diagnostický výkon.



© fotolia.com

Zásadným benefitom pri vykonávaní EKG je bezpečnosť pacienta aj všeobecného lekára. K obidvom treba pripočítať rýchlosť a komfort kompletného vyšetrenia pacienta, a teda aj pacientovu spokojnosť. Významnou pridanou hodnotou vlastníctva prístroja je konkurenčne výhodnejšia pozícia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vďaka širšej palete poskytovaných služieb. Nezanedbateľný je aj pocit spokojnosti lekára s vlastnou prácou a zvýšenie jeho kreditu.

Summa summarum – EKG prístroj nie je v súčasnosti žiadna „imidžovka“, je to neoceniteľný a nesmierne užitočný pomocník lekára pri rýchlej diagnostike a liečbe pacienta. Pre ambulanciu súčasne prináša ekonomicky významný zisk. Tento fakt dokazujú moje osobné štatistiky, ktoré uvádzam v tabuľke 1. V rámci definície položiek evidovaných

vo virtuálnej registračnej pokladnici je v mojej ambulancii cena ďalších prístrojových vyšetrení, pokiaľ sú vykonané na žiadosť pacienta – EKG, audio-, peri-, spirometria, INR, ABI+PWV – rovnaká, a to 5 EUR.

Som si vedomý, že prístrojové vybavenie mojej ambulancie sa niekomu zdá ako science fiction, pretože nie každý má záujem zadovážiť si také široké portfólio.

Máme skvelú možnosť rozhodnúť sa – buď budeme naháňať kapitačný stav poisťencov a nestíhať sa im detailne venovať, alebo budeme s pacientmi – hoci v menšom počte – aktívne diagnosticky a terapeuticky pracovať.

Ja som si už dávnejšie vybral druhú možnosť a tentoraz som vďačný aj poisťovniam, že nám ju ponúkajú. Na nových výkonoch nad rámec kapitácie si dokážeme ďalej

Tabuľka 1 Počet výkonov podľa spôsobu vykazovania pre jednotlivé zdravotné poisťovne počas posledných 5 rokov v ambulancii všeobecného lekára. Zdroj: R. Zanolit, 2015

Počet výkonov realizovaných v ambulancii podľa rokov							
výkon	r. 2009	r. 2010	r. 2011	r. 2012	r. 2013	r. 2014	spolu
5702P	236	257	278	375	307	329	
5702	97	52	70	91	86	104	
5702C		22	51	74	99	80	
Úhrada/ suma v EUR	1 351,40	1 326,70	1 592,10	2 152,30	1 950,50	2 044,80	6 422,55

Príklad z praxe (Viliam Chromý)

Povedzme, že bežný priemerný obvod má 1 600 kapitovaných obyvateľov. Pri tomto kapitačnom stave je potrebné za 2 roky vykonať 1 600 preventívnych prehliadok (PP), čo vychádza približne 67 PP/mesiac, čiže priemerne 3 – 4 PP/pracovný deň. Reálne však možno predpokladať, že nie všetci pacienti budú disciplinovaní a na PP neprídu. Počítajme teda len 2 PP/pracovný deň.

Pri vykonaní kompletnej PP (PP + EKG + TOKS + eventuálne u pacienta nad 40 rokov vyplnenie dotazníka stratifikácie rizika cievnej mozgovej príhody [CMP]) dospejeme pri Všeobecnej zdravotnej poisťovni k sume 71 EUR/prac. deň, v prepočte je to za 1 mesiac 1 400 EUR. Rovnakú sumu za kalendárny mesiac dáva napr. aj 600 kapitovaných poisťencov s priemernou mesačnou kapitáciou 2,30 EUR. Matematika je v tomto prípade jasná.

prilepšiť, pacienta „máme doma“ a ak to nie je nevyhnutné, tak nemusí ani navštevovať rozličné špecializované ambulancie. Spokojný je teda aj pacient.

V kapitačnom stave mám aktuálne 329 seniorov nad 70 rokov, z toho dokonca 144 seniorov nad 80 rokov – a práve tí sa rozšíreným službám v ambulanciách VL asi najviac potešia. Ako všeobecný lekár s nimi pracujem už 14 rokov.

Spôsob vykazovania EKG výkonov pre jednotlivé zdravotné poisťovne

(Rastislav Zanolit, Viliam Chromý)

Kód 5702P je potrebné uvádzať pri vykonaní EKG záznamu v rámci preventívnej prehliadky pre Všeobecnú zdravotnú poisťovňu (VŠZP), ktorá zaň uhrádza všeobecnému lekárovi zhruba 4 eurá. Kód 5702C je diagnostický EKG záznam (mimo preventívnej prehliadky) vykonaný u poisťencov VŠZP, pri ktorom je cena trochu nižšia, 3,65 EUR. Treba si

Tabuľka 2 Prehľad cien výkonov nad rámec kapitácie v ambulancii VL. Zdroj: V. Chromý, 2015

sumy v EUR	VŠZP	Dôvera	UNION
Preventívna prehliadka	15,60	17,16	16,20
EKG – preventívne	4,20	4,29	4,20
TOKS/FOBT test	12,00	7,92	6,04
Stratifikácia rizika CMP	3,80	–	–
SPOLU za bežnú PP/1 x za 2 roky:	35,60	29,37	26,44
EKG – diagnostické	4,02	4,29	4,29
Očkovanie	2,45	2,79	3,37 (chrípka + pneumokok) 1,86 (iné očkovanie)
Predoperačné vyšetrenie	13,00	10,00 +4,29 (EKG)	10,00 +4,20 (EKG)
Hypertenzia – nový pacient	6,00	–	–
Hypertenzia – kontrola každých 6 mesiacov	3,00	–	–
Akútny hypertenzný stav	6,00 + 4,02 (EKG)	–	–

však dať pozor pri vykazovaní, aby bola k výkonu priradená aj poisťovňou akceptovaná správna diagnóza. Najčastejšie vykazujem diagnózu R 07.2 (prekordialná bolesť) alebo I20 (angina pectoris), prípadne I 49 (iné srdcové arytmie).

V zdravotných poisťovniach Dôvera a Union sa používa pre vykazovanie výkonu EKG rovnaký kód 5702. Poisťovňa Dôvera zaň uhrádza o 0,09 EUR viac ako Union, ale výkon je súčasťou zazmluvneného finančného objemu. Poisťovňa Union zatiaľ výkony nad rámec kapitácie nelimituje.

EKG prístroj pri posudzovaní spôsobilosti na prácu v pracovnej zdravotnej službe (Rastislav Zanolit)

Ak sa lekár venuje lekárskeým prehliadkam v rámci posudzovania spôsobilosti na prácu, určite pozná novú legislatívu, ktorá definuje obsah základných prehliadok v súvislosti s touto činnosťou. Najčastejšie vyšetrujem a posudzujem pracujúcich v nočných zmenách, kde je povinnosť zamestnávateľa vyslať zamestnanca na prehliadku raz ročne. Pri nočnej práci je povinnou súčasťou základnej prehliadky aj EKG vyšetrenie. Často posudzujem spôsobilosť na prácu aj u vodičov z povolania, stavebných robotníkov pracujúcich vo výškach či skladníkov obsluhujúcich motorové vozidlá, prípadne vysokozdvížne vozíky.

Je dôležité si uvedomiť, že svojím súhlasom alebo nesúhlasom so záverom ktoréhokoľvek z posudkov preberáme zaň zodpovednosť a možné forenzné dôsledky. Aby sme si boli pri vystavovaní posudku úplne istí, je dôležité vykonať všetky predpísané úkony vrátane vyhotovenia EKG záznamu. Preto naplnením litery zákona chránime „vlastnú kožu“. Aj toto je jeden z nefinančných benefitov našej investície do prístrojového vybavenia ambulancie. Moje PC EKG stálo v roku 2003, kedy som si ho kúpil, nehoráznych 86 000 Sk – napriek tomu si na seba zarobilo. No v súčasnosti by bola návratnosť investície do tohto prístroja v sume okolo 800 EUR už oveľa rýchlejšia.

Záver

Lekár, ktorý chce pomocou prístrojov nielen poskytovať komplexné služby, ale ich používaním sa ďalej odborne rozvíjať a v neposlednom rade z nich aj finančne profitovať, musí myslieť na tri základné podmienky:

1. lekár si na rozvoj zručností pri práci s prístrojom musí nájsť čas,
2. musí ovládať PC viac ako priemerne, prístroje sú naviazané na PC a niekedy sa objavia problémy, ktoré treba vedieť vyriešiť ihneď a nečakať na servis,
3. a hlavne – medicína ho musí baviť.

Tabuľka 3 Prehľad správneho vykazovania všetkých výkonov nad rámec kapitácie – číslo výkonu a číslo diagnózy. Zdroj: V. Chromý, 2015

	VšZP	Dôvera	UNION
Preventívna prehliadka	160	160	160
EKG pri PP	5702p Z00.0	5702 Z00.0	5702 Z00.0
Diagnostické EKG	5702c	5702	5702 iná diagnóza
EKG pri predoperačnom vyšetrení	–	5702Z + Dg. op. výkonu	5702Z + Dg. op. výkonu
Predoperačné vyšetrenie	60b	60b	60b + Dg. op. výkonu
Stolica na OK pri PP negatívne	159z Z12.1 nad 40 r.	159z Z12.1 nad 50 r.	159z Z00.0 nad 40 r.
Stolica na OK pri PP pozitívne	159a Z12.1 nad 40 r.	159z Z12.1 nad 50 r.	159z Z00.0 nad 40 r.
Stolica na OK pri PP znehodnotená	159x Z12.1 nad 40 r.	159x Z12.1 nad 50 r.	159x Z00.0 nad 40 r.
Očkovanie proti chrípke	252b Z25.1	252b Z25.1	252b Z25.1
Očkovanie proti tetanu	252b Z23.5	252b Z23.5	252b Z00.0
Očkovanie proti pneumokokom	252b Z23.8	252b Z23.8	252b Z23.8
Vyšetrenie glykémie	3671 v 40 r. Z00.0	3671 pri kóme glukomerom	3671 Z00.0
CRP	–	–	4571a
Celkový cholesterol a TAG	159b v 40 r. Z00.0	159b v 40 r.	159b Z00.0 á 2 roky po 40 r.
Návšteva	25 príslušná Dg.	25 príslušná Dg	25 príslušná Dg
Príplatok pri sťaženom výkone	–	–	64
Vyšetrenie v rámci návštevy	–	–	8, 4 (môže byť aj s 252b)
Novozistená hypertenzia	H0003 I10	–	–
Kontrolné vyšetrenie hypertenzia každých 6 mesiacov	H0004 I10	–	–
Ošetrovanie akútneho hypertenz. stavu	H0005 I10	–	–
Stratifikácia rizika CMP	H0006 Z00.0 nad 40 r.	–	–

OK – okultné krvácanie; CRP – C-reaktívny proteín; TAG – triacylglycerol

Meranie členkovo-ramenného indexu

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 28 – 30.

Členkovo-ramenný index (angl. Ankle Brachial Index – ABI) má vysokú výpovednú hodnotu pri predikcii rizika infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody a náhlejš smrti. Hodnota ABI < 0,9 upozorňuje s presnosťou 95 % – v porovnaní s angiogramom ako „zlatým štandardom“ – na riziko ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK) a s takmer 100 % istotou vyselektuje zdravých pacientov. Pri vyhodnotení nemeckej epidemiologickej štúdie getABI, ktorá sa uskutočnila v roku 2001 a ktorej sa zúčastnilo 6 880 pacientov, bolo zistené, že ICHDK sa vyskytuje až u 20% pacientov nad 65 rokov života.

Včasná detekcia a rutinná kontrola

V minulosti bolo meranie ABI vykonávané iba pomocou Dopplerovej ultrasonografie, čo je časovo náročná metóda vyžadujúca veľké skúsenosti. Navyše dostupnosť tohto vyšetrenia nie je ani v súčasnosti optimálna. Preto je vyšetrenie ciev neraz vykonávané až vtedy, keď už ICHDK spôsobila symptomatické alebo asymptomatické poškodenia kardiovaskulárneho systému, a to aj u vysoko rizikových skupín, akými sú fajčiari, diabetici alebo starší ľudia. ABI prístrojom je možné vyšetrenie vykonať jednoducho, rýchlo a presne, a to ako iniciálne vyšetrenie alebo súčasť rutinnej kontroly u každého pacienta.

Moderné ABI prístroje predstavujú inovatívny a rýchly spôsob merania a interpretácie členkovo-ramenného indexu. Umožňujú vykonávať vyšetrenia v primárnej aj špecializovanej starostlivosti o pacienta. Ide o jednoduché a spoľahlivé vyšetrenie, ktoré je pacientmi dobre tolerované, pretože je bezbolestné a trvá len niekoľko minút. Hneď ako prístroj dokončí meranie, zistené údaje sú lekárovi k dispozícii na vyhodnotenie.

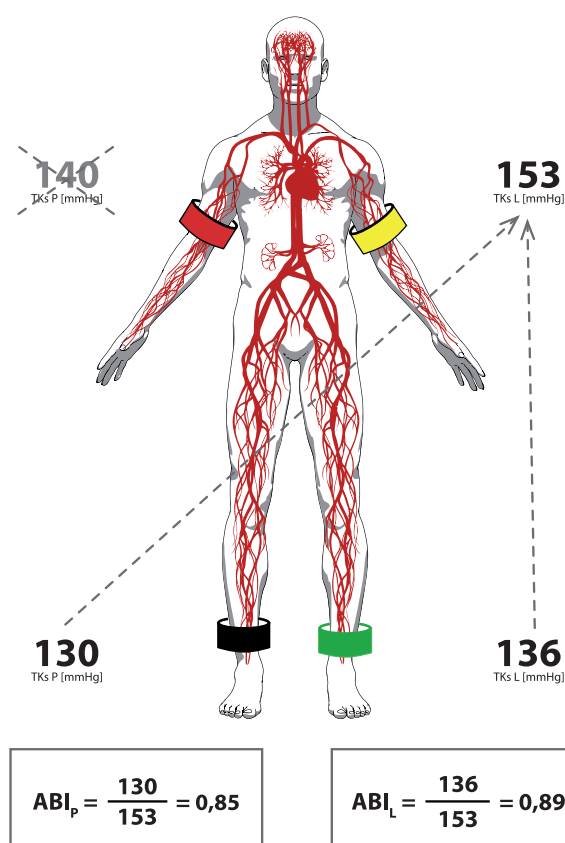
Výpočet ABI

Stanovenie ABI je jednoduché. Pacient je vyšetřovaný poležiaci po niekoľkominútovom odpočinku. Prístroj vykoná len jedno meranie, a to súbežne na štyroch končatinách v rovnakom čase, teda hodnoty zo všetkých končatín sú k dispozícii súčasne. Manžety na meranie tlaku sa založia na horné a dolné končatiny a zmeria sa hodnota systolického tlaku krvi (TK). Do čitateľa zlomku sa zadáva hodnota nameraná na členku, do menovateľa vyššia hodnota systolického TK z hornej končatiny (nie je rozhodujúce, či pravej alebo ľavej). ABI index sa určí pre každú končatinu zvlášť. Fyziologická hodnota ABI je 1 – 1,29. Za hraničnú hodnotu sa považuje 0,91 – 0,99. Jednoznačne patologickou hodnotou ABI – dosvedčujúcou prítomnosť ICHDK – je údaj pod 0,9.

$$ABI_x = \frac{\text{systolický tlak krvi } DK_x \text{ (dolná končatina)}}{\text{vyšší systolický tlak krvi z oboch horných končatín}}$$

Ak by meranie prebiehalo postupne na jednotlivých končatinách, mohlo by dôjsť k veľkým odchýlkam v dôsledku kolísania TK v dlhšom časovom rozmedzí. Meranie na všetkých končatinách v tom istom čase zaručuje nielen vysokú validitu získaných hodnôt, ale aj značnú úsporu času pre zdravotnícky personál.

Obrázok 1 Schéma stanovenia členkovo-ramenného indexu



Skriningové vyšetrenie

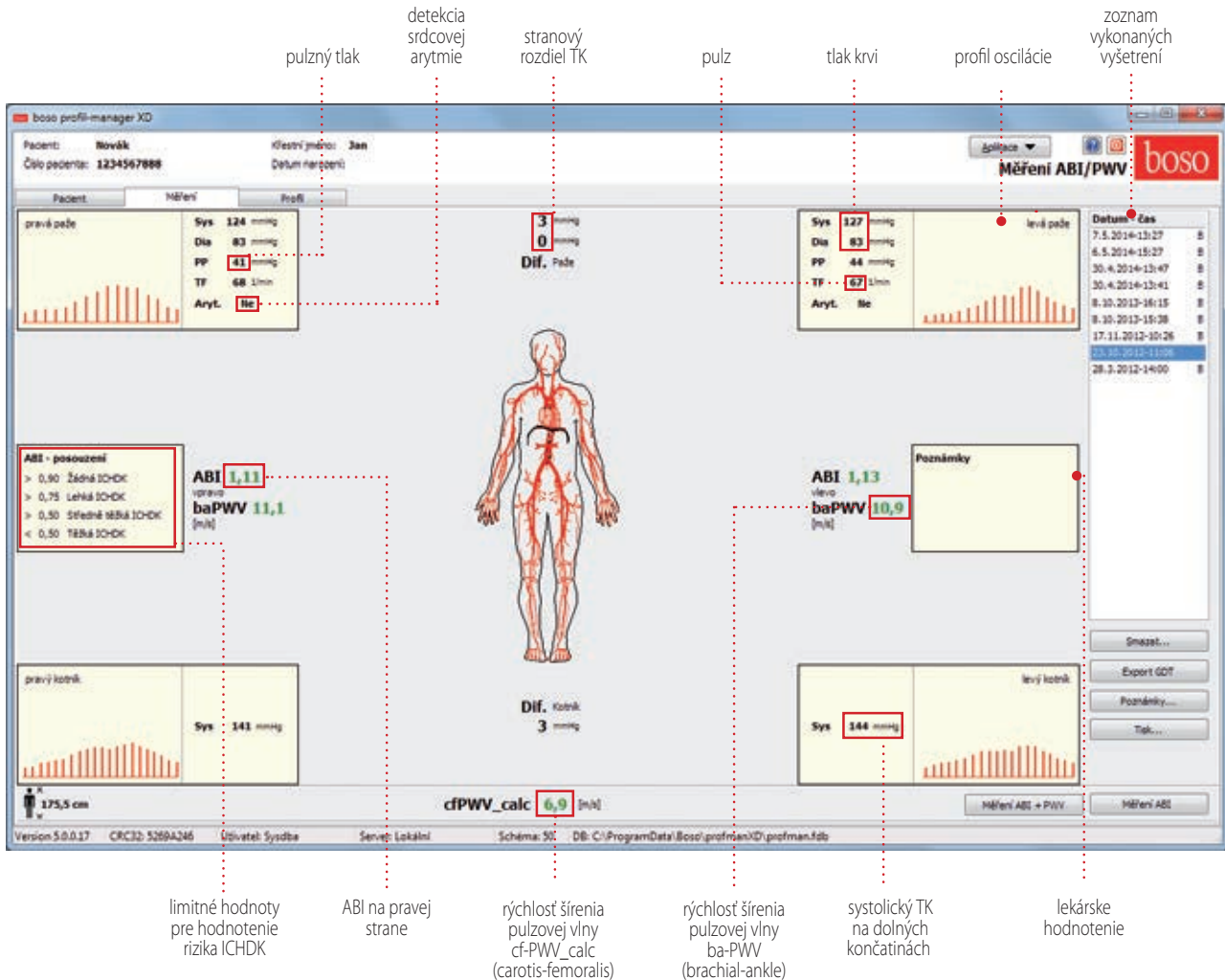
Softvér na vyhodnotenie ABI stanovuje nielen jeho presnú hodnotu na ľavej a pravej strane tela, ale aj ďalšie markery súvisiace s ochoreniami kardiovaskulárneho systému – TK na ramenách a členkoch, stranový rozdiel v zistených hodnotách krvného tlaku (napr. pri stenóze arteria subclavia), pulz, pulzný tlak, profil oscilácií a upozorňuje aj na prípadné poruchy srdcového rytmu.

Namerané hodnoty sú vďaka softvéru vyhodnotené automaticky a následne sú archivované pre možnosť spätného porovnania s novším meraním. Prostredníctvom farebného odlíšenia fyziologických hodnôt od patologických môže byť zdravotnícky personál prehľadne informovaný o aktuálnom zdravotnom stave pacienta na obrazovke aj na papierovom výtlačku. Hodnoty mimo fyziologického rozsahu sa automaticky zobrazujú červenou.

Väčšina rôznych typov prístrojových softvérov komunikuje so širokou škálou ambulantných programov, preto nie je potrebné opakované vyplňovanie pacientových údajov a zistené hodnoty sa prenášajú do zdravotnej dokumentácie pacienta. Tým sa stáva vyšetrenie ICHDK ešte jednoduchším a efektívnejším.

U pacientov liečených pre artériovú hypertenziu rozšíri vyšetrenie tuhosti ciev možnosti kvantifikácie kardiovaskulárnych rizík a upozorní na poškodenie cieľových orgánov. Vyšetrenie tuhosti ciev u týchto pacientov je odporúčané Európskou hypertenziologickou spoločnosťou (ESH) a Európskou kardiologickou spoločnosťou (ESC).

Obrázok 2 Zobrazenie hodnôt nameraných ABI prístrojom



Marker tuhosti ciev

Meranie rýchlosti pulzovej vlny (PWV) je dôležitým ukazovateľom tuhosti (pružnosti) cievnej steny. So stúpajúcim vekom a pod vplyvom ďalších faktorov, najmä klasických kardiovaskulárnych rizikových faktorov, dochádza k zvyšovaniu tuhosti cievnych stien. Tento nárast vedie k charakteristickým zmenám hemodynamiky. Rozvoj artériovej hypertenzie v strednom a vyššom veku je úzko spojené so zvýšením tuhosti cievnych stien.

Meranie rýchlosti pulzovej vlny má vysokú prognostickú hodnotu. V porovnaní s klasickými kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi, ako sú vysoký tlak krvi, patologická hladina cholesterolu alebo fajčenie, umožňuje presnejšie stanoviť diagnózu a tým aj prognózu pacienta. Rýchlosť pulzovej vlny je tým vyššia, čím väčšia je tlaková záťaž na cievny systém.

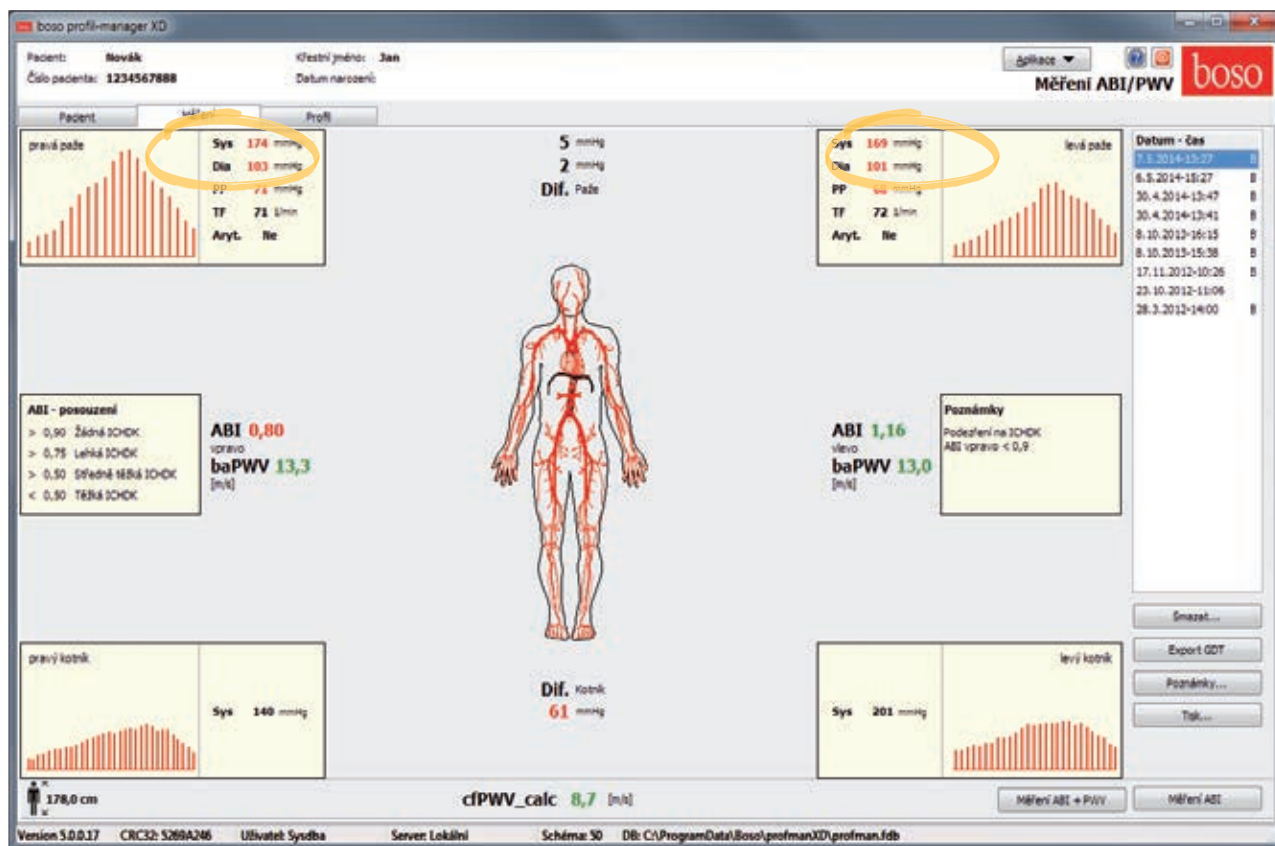
Hraničná hodnota rýchlosti pulzovej vlny (carotis-femoralis – cf) pre odhalenie možného poškodenia cieľového orgánu je 10 m/s. Podľa aktuálnych odporúčaní pre liečbu artériovej hypertenzie sú terapeutickým cieľom u týchto pacientov nízke normálne hodnoty systolického TK. Odporúča sa dôkladné vyšetrenie kardiovaskulárneho systému, rovnako ako dôsledné sledovanie všetkých kardiovaskulárnych rizikových faktorov.

Oblasť využitia

Primárna zdravotná starostlivosť

- *Všeobecné lekárstvo a angiológia – včasná diagnostika ICHDK.* Meranie ABI na všetkých končatinách súčasne predstavuje predovšetkým vhodné skríningové vyšetrenie v ordinácii všeobecného lekára. Vďaka nemu sa k angiológovi dostávajú už veľmi presné údaje s vy-

Obrázok 3 Podozrenie na vysoký tlak krvi

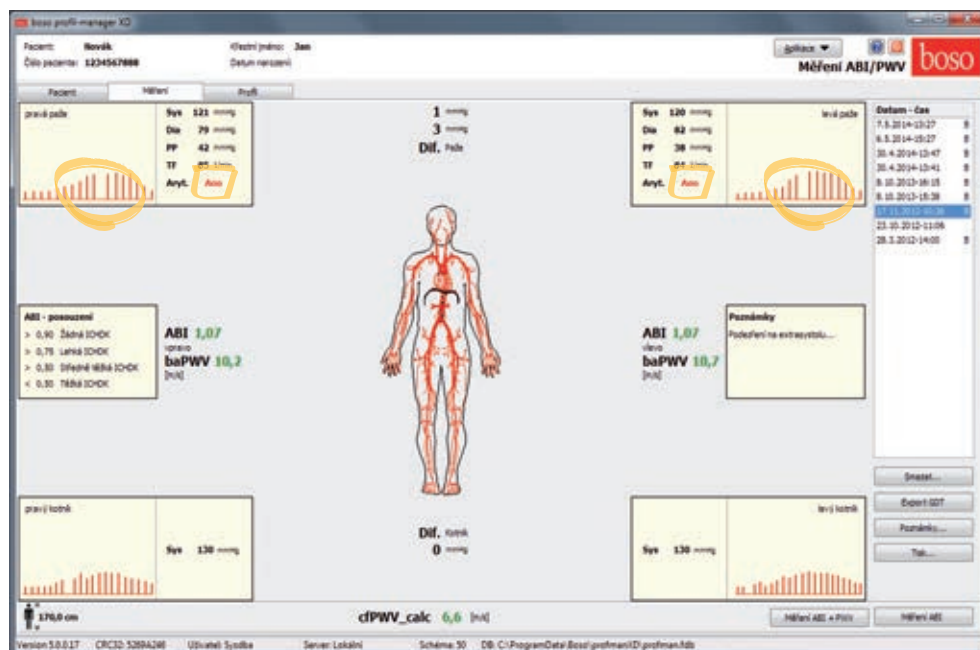


sokou výpovednou hodnotou. Ambulancia všeobecného lekára vybavená prístrojom pre meranie ABI sa tak stáva zásadným článkom v programe včasného záchytu ICHDK u symptomatických, aj asymptomatických pacientov. Možnosť včasnej a správnej diagnostiky ICHDK všeobecnými lekármi zvyšuje kvalitu zdravotnej starostlivosti o pacienta v primárnom kontakte.

Špecializovaná zdravotná starostlivosť – široké medzi-odborové využitie

- **Diabetológia** – vzhľadom na zvýšený výskyt ICHDK u pacientov s diabetes mellitus je u nich vhodné realizovať skríningové merania ABI. Hodnota ABI vyššia než 1,3 môže tiež poukazovať na prítomnosť mediokalcinózy.

Obrázok 4 Podozrenie na extrasystolu/-y



- **Kardiológia** – stanovenie ABI spresňuje odhad kardiovaskulárneho rizika, môže potvrdiť alebo vyvrátiť prítomnosť ochorenia ešte pred vykonaním náročnejších špecializovaných výkonov.
- **Nefrológia** – u pacientov s chronickým zlyhávaním obličiek je priebeh periférneho ochorenia tepien omnoho závažnejší ako u ostatných pacientov.
- **Dermatológia** – stanovenie ABI je základným diagnostickým výkonom pred indikovaním kompresnej terapie pri liečbe vredov predkolenia.

Traumatická fraktúra tela stavca v ambulancii lekárskej služby prvej pomoci

MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA

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

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 34 – 36.

Lekárska služba prvej pomoci (LSPP) je miestom, kde sa všeobecný lekár stretáva s rôznymi neraz komplikovanými stavmi. Vždy vyžadujú rýchle rozhodnutie, ktoré musí byť podložené kvalitným vyšetrením pacienta. Ani časová tieseň nemôže byť pre všeobecného lekára dôvodom, aby nevykonal dôkladné fyzikálne vyšetrenie, pretože inak môže dôjsť k pochybeniu s medicínskymi aj právnymi dôsledkami.

Kazuistika

V ambulancii LSPP bol vo večerných hodinách vyšetrený pacient, ktorý uvádzal, že pred dvomi dňami popoludní spadol doma na schodoch. Keďže mal po páde v oblasti L/S prechodu intenzívne bolesti, navštívil traumatologickú ambulanciu centrálného príjmu miestnej nemocnice. Bol vyšetrený chirurgom a bolo mu vykonané röntgenologické vyšetrenie (RTG) chrbtice. Stav bol hodnotený ako kontúzia a bol odoslaný domov. Celý nasledujúci deň doma ležal, mal silné bolesti, pričom lieky mu „nezaberali“. Na tretí deň po úraze navštívil LSPP, kde bol vyšetrený službukonajúcou všeobecnou lekárkou. Ako pacient uviedol vo svojom podnete, ktorý neskôr riešil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (UDZS), „lekárka mu pichla injekciu, povedala mu, že musí vydržať a bol odoslaný domov“. O dva dni neskôr pre neznesiteľné bolesti nereagujúce na analgetiká opäť navštívil chirurgickú ambulanciu, kde mu bola diagnostikovaná traumatická zlomenina tela stavca Th11. V ten istý deň absolvoval vyšetrenie chrbtice počítačovou tomografiou (CT), ktoré diagnózu potvrdilo. Vzhľadom na intenzívne koreňové dráždenie bol hospitalizovaný a následne bol u neho vykonaný operačný zákrok.

Vzhľadom na to, že pacient žiadal o prešetrenie správnosti postupu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, svoje stanovisko poskytla aj nemocnica, kde bol pacient bezprostredne po úraze prvýkrát vyšetrený. V lekárskom náleze, ktorý bol predložený, sa v osobnej anamnéze uvádzalo, že pacient v minulosti prekonal zlomeninu stavcov Th11 a 12. V objektívnom vyšetrení sa uvádzalo, že chrbtica bola palpačne aj poklopovo nebolestivá, jazva po operácii v uvedenej lokalizácii v minulosti bola zhojená. Následne bolo vykonané RTG vyšetrenie L/S chrbtice v dvoch projekciách so záverom: „Osteoporóza, kompresívne fraktúry tiel Th11 (o viac ako polovicu) a 12 (menej), nevidím však kondenzáciu kostnej hmoty, predpokladám, že sú obe staršie, na ostatných kostiach úrazové zmeny nevidím.“ Na základe uvedeného nálezu bol stav uzavretý ako „S30.0 Contusio col. vertebralis reg. lumbalis, st. p. fr. Th11 a 12 staršieho dáta, RTG bez

čerstvých traumatických zmien.“ Pacientovi bola podaná jedna ampula diklofenaku intramuskulárne, odporučený mu bol pokoj na lôžku, metamizol 3 x 1 tbl, v prípade ťažkostí odporučená kontrola v chirurgickej ambulancii v spáde.

UDZS bolo predložené aj vyjadrenie všeobecnej lekárky (VL), ktorá pacienta vyšetřila na LSPP dva dni po úraze. Uvádza v ňom, že pacient sa „sťažoval na bolesti lumbosakrálnej oblasti a kostrče“ a „na chirurgickej ambulancii stav bol zhodnotený ako kontúzia“. VL „rešpektovala záver odborného vyšetrenia“ a pacientovi podala tramadol 50 mg intramuskulárne a predpísala mu metamizol 2 – 3 x 1 tbl a odporučila „kontrolu ošetrojúcim lekárom, príp. chir. vyš. pp“.

Zástupca prevádzkovateľa LSPP predložil pri kontrole záznam z vyšetrenia pacienta VL, ktorý je archivovaný prevádzkovateľom. Fotokópia záznamu obsahovala rukou písaný text s označením času vyšetrenia, dátum vykonaného vyšetrenia však v zázname nefiguroval. Meno pacienta nebolo uvedené správne, správne bolo zaznamenané jeho rodné číslo, bydlisko a číslo poisťovne. Anamnestické údaje neboli čitateľné a záznam fyzikálneho vyšetrenia obsahoval iba krátky text (osem slov), ktorý popisuje, že bolo vykonané palpačné vyšetrenie dolného úseku chrbtice. Z dôvodu nečitateľnosti záznamu VL prevádzkovateľ LSPP v sprievodnom liste uviedol, že „záznam z pohotovosti do čitateľnej formy prepísala službukonajúca lekárka“.

Ďalším predloženým dokumentom bolo vyjadrenie primára ortopedickotraumatologického oddelenia nemocnice, kde bol pacient vyšetrený prvý deň po úraze. Vo svojom vyjadrení uviedol, že pacient bol „ošetrený chirurgom, bola urobená RTG snímka chrbtice, kde rádiológ konštatuje fraktúry Th11 a Th12 staršieho dáta“. Ako poznámku uviedol, že pacient bol hospitalizovaný na tomto oddelení v auguste 2009 po autonehode s polytraumou a fraktúrou Th10 a Th12 s potrebou operačného zákroku na vyššom pracovisku.

K prípadu sa vyjadrila aj sekundárna lekárka chirurgického oddelenia, ktorá pacienta vyšetřila bezprostredne po úraze v traumatologickej ambulancii. Podľa jej stanoviska po vyšetrení pacienta na RTG snímkach v elektronickej podobe (v impaxe) nezistila čerstvé úrazové zmeny. Súčasťou dokumentácie bol aj záznam z vyšetrenia pacienta chirurgom, ktorý sa uskutočnil dva dni po návšteve na LSPP pre „výraznú bolestivosť v oblasti Th-L chrbtice, ako aj v úrovni L3/L4, výrazný paravertebrálny spazmus“. Chirurg indikoval vykonanie vyšetrenia chrbtice počítačovou tomografiou (CT).

Súčasťou posudzovanej dokumentácie bol aj popis MSCT vyšetrenia chrbtice v segmentoch Th7-S2. V závere sa uvádzalo, že bola vizualizovaná „kompresívna fraktúra tela stavca Th10 s fragmentom zasahujúcim do oblasti spinálneho kanála a abrupciou ventro-bazálnej hrany tela tohto stavca, processus spinosus a processus articularis superior vpravo Th11. Abrupcia ventro-kraniálnej hrany tela stavca Th12, abrupcia processus spinosus tela stavca Th10 a tvarová deformácia ventrálnej hrany tela stavca Th10.“ Pacientovi bola vyšetrujúcim chirurgom odporučená hospitalizácia, ktorú odmietol.

Pacient bol následne hospitalizovaný na klinike úrazovej chirurgie a ortopédie vyššieho pracoviska pre S22.06 Fractura corporis vertebrae Th11 comminutiva AO A3.2. Operačný zákrok bol vykonaný do 14 dní po úraze – spondylodéza, torakotómia vľavo, parciálna resekcia IX. rebra, korpektómia Th11, cage-T2 altitude.

Diskusia

V predloženej a posudzovanej zdravotnej dokumentácii LSPP, ktorú viedol VL, sa nachádzalo viacero závažných nedostatkov.

Meno pacienta v zázname LSPP nebolo uvedené správne, správne bolo zaznamenané jeho rodné číslo, bydlisko a číslo poisťovne. Anamnestické údaje neboli čitateľné a záznam fyzikálneho vyšetrenia obsahoval iba krátky text o tom, že bolo vykonané palpačné vyšetrenie dolného úseku chrbtice. Z dôvodu nečitateľnosti záznamu VL bolo potrebné záznam „prepísať“. UDZS samozrejme prevádzkovateľovi LSPP aj VL vydal stanovisko, že takto vedený záznam nie je v súlade s §21 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zápis do zdravotnej dokumentácie podľa citovaného zá-



© fotolia.com

kona musí spĺňať tieto predpísané náležitosti:

- a) dátum a čas zápisu,
- b) spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,
- c) dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak je odlišný od dátumu a času zápisu,
- d) rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- e) výsledky iných vyšetrení, ak sú súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o ktorej sa vykonáva zápis,
- f) identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka,
- g) identifikáciu osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla.

Identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka sa preukazuje v zdravotnej dokumentácii vedenej v písomnej forme menom a priezviskom, odtlačkom pečiatky a podpisom ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, v zdravotnej dokumentácii vedenej v elektronickej forme elektronickej podpisom ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.

Zápis v zdravotnej dokumentácii musí byť pravdivý a čitateľný.

Oprava zápisu v zdravotnej dokumentácii sa vykonáva novým zápisom, ktorý obsahuje dátum opravy, znenie opravy zápisu a identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, ktorý opravu vykonal. Opravu zápisu môže vykonať len zdravotnícky pracovník, ktorý vykonal pôvodný zápis; pôvodný zápis musí zostať čitateľný.

Predložený záznam neobsahoval dátum vyšetrenia, rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá bola poskytnutá, výsledky iných vyšetrení, ktoré VLD viedli k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti ním indikovanej, chýbala identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vyšetrenie vykonal (chýbalo meno, podpis a pečiatka lekára). Súčasne zápis nebol čitateľný a jeho prepis nebolo možné podľa dikcie zákona považovať za vykonanú opravu podľa platnej legislatívy. Vykonalie „prepisu do čitateľnej formy“ nie je relevantným úkonom.

Súčasťou zdravotnej dokumentácie z LSPP nebol záznam o základnom orientačnom neurologickom vyšetrení chrbtice VL vrátane rozsahu pohyblivosti, príznakov zmeny citlivosti a prípadného koreňového dráždenia, aby sa verifikovala príčina bolesti chrbtice. Pacient mal úraz (pád na schodoch) 48 hodín pred vyšetrením VL. V medziobdobí bol vyšetrený chirurgom a bolo vykonané RTG chrbtice, ale stav sa nezlepšoval, bolesti boli napriek analgetickej liečbe rovnako intenzívne. Vzhľadom na to, že bolesti u pacienta pretrvávali, bolo potrebné vykonať podrobné fyzikálne vyšetrenie VL na LSPP a/alebo pacienta poslať na konziliárne kontrolné vyšetrenie. Odporúčanie na kontrolné vyšetrenie na chirurgickej ambulancii v prípade nezlepšenia stavu bolo uvedené aj v závere vyšetrenia v traumatologickej ambulancii, ktoré sa uskutočnilo v deň úrazu.

Podľa zápisu neboli realizované všetky možnosti fyzikálneho vyšetrenia v kompetencii VL v súlade *Koncepciou starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo č. 15560/2006 – OZS, kedy „všeobecný lekár poskytuje zdravotnú starost-*

livosť na úrovni súčasných (reálne dostupných) poznatkov a s adekvátnym rozsahom vedomostí vlastnými prostriedkami. V prípade potreby sprostredkuje efektívne využitie ďalších služieb v hierarchii zdravotníctva.“ Ak ich nebolo možné zrealizovať v podmienkach konkrétnej prevádzky LSPP, bola dostupná možnosť využitia konzultácie na inom pracovisku, čo nebolo zo strany VL využité. Napriek pretrvávajúcim intenzívnym bolestiam 48 hodín po úraze chrbtice nebol po vyšetrení na LSPP VL konzultovaný konziliár v odbore neurológia, resp. traumatológia alebo chirurgia za účelom vykonania kontrolného odborného vyšetrenia.

Z predloženej kazuistiky je zrejmé, že už pri prvovšetrení na CPO nemocnice došlo k chybnému stanoveniu diagnózy. Pacient však pre neustupujúce bolesti navštívil LSPP, kde bez adekvátneho kontrolného vyšetrenia bol vyslovený súhlas s predchádzajúcou diagnózou a pacient bol odoslaný domov. Je potrebné zdôrazniť, že od VL sa neočakávala kompletná revízia diagnózy, pretože na to nemal možnosti, čo uznal aj UDZS. Mal však vykonať podrobné odobratie anamnézy so špecifikáciou dĺžky trvania bolesti, jej ne/reakcie na analgetiká, urobiť podrobné fyzikálne vyšetrenie vrátane neurologického vyšetrenia. V prípade, že VL nedokázala určiť príčinu pretrvávajúcich intenzívnych bolestí pacienta, mala ho bezodkladne odoslať na konzultáciu do chirurgickej, traumatologickej alebo neurologickej ambulancie.

Záver

V ambulancii VL je denne vyšetrených a konzultovaných niekoľko desiatok pacientov. Pri vykonávaní LSPP je situácia v mnohých regiónoch identická. Navyše VL je v pracovnom nasadení desiatky hodín, čo nie je v súlade so zákonníkom práce, pretože mu je tak odopreté právo na odpočinok a oddych. V časovom a pracovnom strese teda narastá riziko pochybenia. Aj z uvedeného dôvodu je nevyhnutné legislatívne a vecne upraviť vykonávanie služieb v LSPP. Napriek načrtnutým skutočnostiam je však potrebné zdôrazniť, že aj počas výkonu LSPP musí lekár pacienta vždy dôkladne vyšetriť. Rovnako dôležité je anamnézu, priebeh a výsledok vyšetrenia, doterajších úkonov a liečby podrobne zaznamenať do zdravotnej dokumentácie pacienta v súlade s platnou legislatívou. Jedinou obranou lekára pri podaní sťažností alebo riešení súdnych sporov je obsah zdravotnej dokumentácie a spôsob jej vedenia. Predídte tak situácii, že ho pacient, prípadne príbuzní obvinia z nevykonania úkonov, ktoré síce urobil, ale neuviedol ich v zdravotnej dokumentácii. V prípade predloženej kazuistiky sa tak z pohľadu VL neposudzoval iba správny postup pri diagnostike a liečbe pacienta, teda správny rozsah a obsah vyšetrenia, ale aj obsah a spôsob vedenia zdravotnej dokumentácie.

Literatúra:

1. Koncepcia starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo č. 15560/2006 – OZS. Vestník Ministerstva zdravotníctva SR zo dňa 6. júla 2006. Osobitné vydanie, roč. 54, s. 24 – 30.
2. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Štatistické vyhodnotenie výskytu pohlavných chorôb v SR za rok 2014

Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 37.

V roku 2014 bolo na Slovensku celkovo nahlásených 2 136 ochorení na prenosné pohlavné choroby. Najviac sa ich vyskytlo u mladších slobodných pacientov. Podrobnejšie štatistické údaje o pohlavných chorobách na Slovensku prezentuje štatistika vydaná Národným centrom zdravotníckych informácií s názvom *Pohlavné choroby v SR 2014*.

Štatistický prehľad zobrazuje údaje, ktoré zozbieral Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Banskej Bystrici prostredníctvom hlásenia pohlavnej choroby. Štatistické výstupy boli spracované v Národnom centre zdravotníckych informácií (NCZI).

V minulom roku bolo na Slovensku evidovaných 2 136 pacientov s ochorením na prenosné pohlavné choroby. Oproti roku 2013 (1 055 ochorení) je tento počet významne vyšší. Treba však upozorniť na to, že tento enormný nárast súvisí so zmenenou metodikou zberu údajov. Od roku 2014 sú zbierané údaje o pacientoch s pohlavnými chorobami od všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zatiaľ čo do minulého roka nahlasovali týchto pacientov iba dermatovenerologické ambulancie a oddelenia.

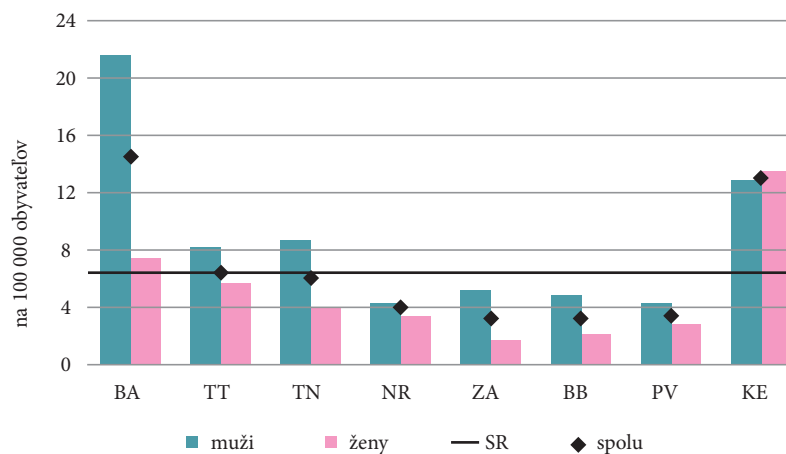
S diagnózou *syfilis* bolo v roku 2014 zistených 362 prípadov – 222 mužov a 140 žien, z toho 7 tehotných. Najvyšší výskyt syfilisu bol zaznamenaný vo vekových skupinách 15 – 24 rokov (78 prípadov) a 25 – 34 rokov (76 prípadov). Najväčší počet pacientov v prepočte na 100 000 obyvateľov bol podobne ako v predchádzajúcom roku v Bratislavskom kraji (14,3/100 000) a Košickom kraji (13,3/100 000). Najmenší počet prípadov evidovali v Banskobystrickom kraji (2,9/100 000).

Vyšší počet pacientov (424) bol zaznamenaný s *gonokokovou infekciou* (kvapavkou) – 326 mužov a 98 žien. Ochorenie sa najčastejšie vyskytovalo vo vekovej kategórii 25 – 34 rokov (187 osôb) a 15 – 24 rokov (105 osôb). Pri prepočte na 100 000 obyvateľov bol najvyšší výskyt pa-

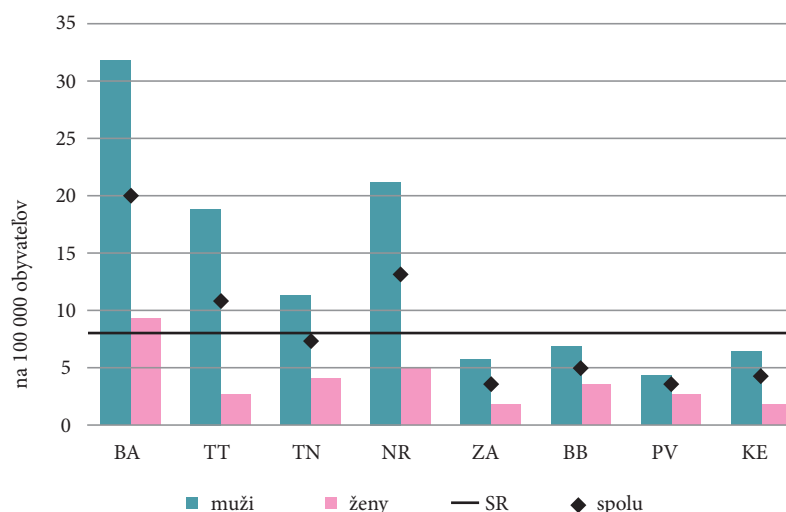
cientov hlásený v Bratislavskom kraji (19,8/100 000), Nitrianskom kraji (13,0/100 000) a Trnavskom kraji (10,6/100 000).

V sledovanom roku bolo hlásených 1 348 prípadov iných prevažne sexuálne prenosných chorôb. V rámci tejto skupiny boli nahlásené napr. sexuálne prenášané chlamydiové choroby, trichomonóza, anogenitálne infekcie herpetickými vírusmi, akútna hepatitída B, cytomegalovírusová choroba a kandidóza).

Graf 1 Ochorenia na syfilis podľa územia trvalého bydliska



Graf 2 Ochorenia na gonokokovú infekciu podľa územia trvalého bydliska



Práceschopnosť pacienta v ambulancii všeobecného lekára – otázky a odpovede

Z podkladov Sociálnej poisťovne spracovala redakcia

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 38 – 39.

Na základe opakovaných žiadostí našich čitateľov sme v redakcii Primárneho kontaktu pripravili krátky manuál k správne vedeniu dokumentácie o práceschopnosti, jej určovaní a ukončení v ambulanciách všeobecných lekárov formou otázok a odpovedí.

Kto môže vystaviť doklad o práceschopnosti (PN) pacienta?

Doklad môže vystaviť *všeobecný lekár* alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore *gynekológia a pôrodníctvo*, s ktorým má pacient uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo *lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti* určený poskytovateľom.

Kolko dní spätne možno pacienta uznať za práceschopného?

Príslušný ošetrojúci lekár môže uznať osobu za dočasne práceschopnú spätne *najviac tri kalendárne dni* na základe lekárskeho nálezu lekárskej služby prvej pomoci alebo ústavnej pohotovostnej služby. Ak sa zdravotná starostlivosť poskytne zamestnancovi po odpracovaní jeho pracovnej zmeny, dočasná pracovná neschopnosť sa začína nasledujúcim kalendárnym dňom.

Aký je účel jednotlivých častí tlačiva Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti?

Diel I je dokladom o vystavení a trvaní práceschopnosti zamestnanca. Zamestnanec si ho musí uschovať a na požiadanie ho predloží na kontrolu zodpovedným osobám.

Diely II a III sú žiadosťou o nemocenské dávky. Zamestnanec oba diely odovzdá zamestnávateľovi. Ak dočasná PN zamestnanca trvá viac ako desať kalendárnych dní, zamestnávateľ je povinný postúpiť príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne (SP) potvrdený diel II tlačiva najneskôr do troch dní po desiatom dni trvania dočasnej PN. Spolu s týmto tlačivom zamestnávateľ predloží pobočke SP aj vyplnené tlačivo Potvrdenie zamestnávateľa o zamestnancovi na účely uplatnenia nároku na nemocenskú dávku, v ktorom uvedie všetky skutočnosti potrebné na posúdenie nároku na nemocenské dávky. Zamestnanec, ktorý si uplatňuje nárok na nemocenské dávky z ochranej lehoty, samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO) a dobrovoľne poistená osoba odovzdávajú žiadosť o nemocenské dávky (diel II) ihneď po tom, ako ju vystaví ošetrojúci lekár priamo príslušnej pobočke SP. Pacient ho vyplní a podpíše vyhlásenie poistenca na druhej strane tlačiva.

Diel III zasiela ošetrojúci lekár posudkovým lekárom SP.

Diel IV je určený na ukončenie dočasnej PN.

Ak je pacient poistený z viacerých nemocenských poistení, musí o tejto skutočnosti informovať ošetrojúceho lekára. Ten potom vystaví potvrdenie osobitne pre každé nemocenské poistenie. Ak je zamestnanec dočasne práceschopný aj v ďalšom kalendárnom mesiaci, musí pobočke SP najneskôr do tretieho až piateho dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca predložiť tlačivo *Preukaz o trvaní dočasnej pracovnej neschopnosti*, ktoré vystaví jeho ošetrojúci lekár. Ak dočasná PN trvala viac ako desať kalendárnych dní, predkladá zamestnanec zamestnávateľovi na potvrdenie diel IV tlačiva *Hlásenie zamestnávateľovi* a následne ho doručí príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne. SZČO a dobrovoľne poistená osoba odovzdávajú diel IV tlačiva priamo v pobočke SP.

Ako dlho môže trvať práceschopnosť?

Nemocenské dávky sa vyplácajú najviac 52 týždňov od vzniku dočasnej PN (tzv. podporné obdobie). Nárok na nemocenské dávky zaniká dňom, ktorý nasleduje po skončení dočasnej PN, najneskôr uplynutím 52. týždňa od vzniku PN. Do tzv. podporného obdobia sa započítavajú aj predchádzajúce obdobia dočasnej PN, ak patria do obdobia 52 týždňov pred jej vznikom. Nezapočítavajú sa len v prípade, ak od poslednej dočasnej PN uplynulo aspoň 26 týždňov. Uplynutie tzv. podporného obdobia nie je dôvodom na ukončenie dočasnej PN, ak ju naďalej odôvodňuje nepriaznivý zdravotný stav. Po uplynutí podporného obdobia už poistenec nemá nárok na nemocenské dávky – po 52 týždňoch môže byť PN naďalej, ale nebudú mu vyplácané. Na zabezpečenie ďalšieho príjmu sa treba uchádzať o invalidný dôchodok alebo o štátne sociálne dávky. Odo dňa nasledujúceho po uplynutí 52 týždňov trvania dočasnej PN do jej skončenia sa zamestnancovi prerušuje aj povinné nemocenské poistenie.

Čo znamená porušenie liečebného režimu pacientom a ako ho možno postihovať?

Dočasne práceschopný poistenec poruší liečebný režim, ak nedodržiava pokyny ošetrojúceho lekára, napr. opustí územie Slovenskej republiky bez jeho súhlasu, nedostaví sa bez riadneho ospravedlnenia v určený deň na lekársku prehliadku alebo dokonca pracuje. V prípade dokázania porušenia liečebného režimu pacient prichádza o nárok na výplatu nemocenských dávok odo dňa zistenia porušenia liečebného režimu, čo však môže trvať najviac 30 dní. Ak pacient ako zamestnanec porušil liečebný režim počas prvých desiatich dní dočasnej PN, nemá nárok na náhradu príjmu počas tohto obdobia. Zamestnávateľ môže navyše takéto konanie kvalifikovať ako porušenie pracovnej disciplíny.

Kedy sa vykonáva kontrola liečebného režimu?

Pracovník SP alebo zamestnávateľa tak môže urobiť prakticky kedykoľvek – počas pracovných dní, vo večerných hodinách alebo aj počas sviatkov.

Kto kontroluje pacienta počas trvania PN?

Kontrolu dodržiavania liečebného režimu organizuje posudkový lekár SP a kontroluje určený zamestnanec SP. Môže tak urobiť už od prvého dňa dočasnej PN a to aj v prípade zamestnanca, ktorý poberá prvých desať dní náhradu príjmu. Kontrolu vykonáva pracovník SP na podnet posudkového lekára, ošetrojúceho lekára, zamestnávateľa, alebo inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby. Zamestnanca môže počas PN skontrolovať aj zamestnávateľ.

Kde sa musí pacient zdržiavať počas trvania PN?

Poistenec je povinný zdržiavať sa počas dočasnej pracovnej neschopnosti na adrese uvedenej na Potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti. Na tlačive je možnosť uviesť miesto trvalého alebo prechodného pobytu poistenca. V prípade, že sa bude počas trvania PN zdržiavať na inom mieste, je možnosť na tlačive vyznačiť aj adresu tohto miesta. Zmenu pobytu musí odsúhlasiť ošetrojúci lekár a poberateľ nemocenskej dávky novú adresu písomne nahlási SP.

Je presne určený interval povolenia vychádzok počas PN?

Ak to povaha choroby umožňuje, ošetrojúci lekár ambulancie starostlivosti môže dočasne práceneschopnej osobe už pri prvom kontrolnom vyšetrení povoliť vychádzky, ktoré časovo vymedzí. Ošetrojúci lekár môže zmeniť čas vychádzok aj ich zrušiť a časový interval znamená na Potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti a v zdravotnej dokumentácii poistenca.

Čo urobiť, ak ošetrojúci lekár PN ukončil, ale v prvý deň práceneschopnosti pacient opäť ochorie?

Ak sa po ukončení PN zdravotný stav osoby zhorší, ošetrojúci lekár vystaví nové Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, na ktorom vyznačí údaj „pokračovanie dočasnej pracovnej neschopnosti“. Vystaví ho odo dňa, ktorý je uvedený ako deň pracovnej schopnosti osoby na predchádzajúcom potvrdení.

Čo znamená ochranná lehota a ako dlho trvá? Môže byť pacient PN aj počas jej trvania?

Ochranná lehota trvá 42 dní po zániku nemocenského poistenia (napr. po skončení pracovného pomeru). Ochranná lehota poistenca, ktorý bol nemocensky poistený menej ako 42 dní, trvá toľko dní, ako dlho trvalo jeho nemocenské poistenie. Napr. ak bol nemocensky poistený 15 dní, ochranná lehota je tiež 15 dní. Ak je poistenec uznaný za dočasne PN po skončení nemocenského poistenia a jeho dočasná PN vznikla počas plynutia ochrannej lehoty, vznikne mu nárok na nemocenskú dávku iba za predpokladu, že splní zákonom stanovené podmienky. Pri zániku nemocenského poistenia z dôvodu jeho prerušenia ochranná lehota nevzniká a poistenec teda nemá nárok ani na nemocenskú dávku.

Ako sa vypočíta výška nemocenských dávok?

U zamestnanca vypláca zamestnávateľ 1. až 3. deň PN 25 % vymeriavacieho základu (VZ), od 4. až 10. dňa trvania PN 55 % vymeriavacieho základu, od 11. dňa PN vypláca SP 55 % vymeriavacieho základu. U živnostníka vypláca SP 1. až 3. deň PN 25 % vymeriavacieho základu, od 4. dňa PN 55 % vymeriavacieho základu. Nemocenské dávky sa znížia na polovicu, ak sa poistenec stal dočasne PN v dôsledku stavu, ktorý si privodil sám požitím alkoholu alebo iných návykových látok.

Zamestnanec			Živnostník	
	vyplácanie dávok			vyplácanie dávok
dĺžka trvania PN	Zamestnávateľ	SP	dĺžka trvania PN	SP
1 – 3 dni	25 % VZ		1 – 3 dni	25 % VZ
4 – 10 dni	55 % VZ		4 dni a viac	55 % VZ
11 dní a viac		55 % VZ		

Ako, kedy a komu sa vyplácajú nemocenské dávky?

SP vypláca nemocenské dávky okolo dvadsiateho dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca po vzniku PN, resp. mesiaca, na ktorý sa vzťahujú. Tlačivá týkajúce sa PN predkladá pacient príslušnej pobočke SP do troch dní po skončení mesiaca, za ktorý sa nemocenské dávky vyplácajú. Príslušná suma sa poukazuje na bankový účet pacienta alebo sa na žiadosť pacienta vyplatí v hotovosti. Na písomnú žiadosť poberateľa sa nemocenské dávky môžu poukázať aj na bankový účet manžela/manželky, ak má v čase PN právo disponovať finančnými prostriedkami na tomto účte a ak s tým manžel/manželka súhlasí.

Má dospelý poistenec možnosť poberať ošetrovné v prípade ošetrovania svojho dospelého príbuzného?

Áno, môže. Ošetrovné možno čerpať na choré dieťa, manžela/manželku, rodiča alebo chorého rodiča manžela/manželky, ktorého zdravotný stav podľa potvrdenia príslušného lekára si nevyhnutne vyžaduje ošetrovanie inou fyzickou osobou. Nárok na ošetrovné nemôže teda vzniknúť napr. starej mame pri ošetrovaní vnuka. Rovnako poistenec nemá nárok na ošetrovné v prípade ošetrovania svojho súrodenca alebo švagra. Nárok na ošetrovné vzniká aj poistencovi, ktorý sa stará o zdravé dieťa do 10 rokov veku, ktorému bolo nariadené karanténne opatrenie alebo ak predškolské zariadenie, škola alebo zariadenie sociálnych služieb, v ktorých sa dieťaťu poskytuje starostlivosť, bolo rozhodnutím príslušných orgánov (napr. rozhodnutím zriaďovateľa na podnet regionálneho úradu verejného zdravotníctva) uzavreté. Nárok na ošetrovné je podmienený existenciou nemocenského poistenia alebo ochrannej lehoty v čase vzniku potreby ošetrovania. Ochranná lehota je 7 dní po ukončení nemocenského poistenia.

Novinky v oblasti zrážkového zdaňovania peňažných a nepeňažných príjmov

MUDr. Rudolf Straka

FOX Consulting s. r. o., Nová Dedinka

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 40 – 41.

Dňa 22. 9. 2015 Národná rada Slovenskej republiky schválila novelu zákona 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov, ktorá vyšla v Zbierke zákonov 17. 10. 2015. Novela upravuje niektoré aspekty vzťahu „držiteľa“ a „poskytovateľa“, najmä spresňuje a vo všeobecnej časti definuje pojmy ako *držiteľ*, *poskytovateľ* či *tretia strana*.

V praktickej rovine sa zrážkovej dane z nepeňažného plnenia, ktoré prijal poskytovateľ od držiteľa, týka najmä ustanovenie meniace *frekvenciu* oznamovaní, ako aj zrazení a odvedení dane z nepeňažného plnenia. Počnúc rokom 2016 bude každý držiteľ posielat' oznámenie o poskytnutí nepeňažného plnenia poskytovateľovi len *raz ročne*, do 15. januára nasledujúceho roka. Rovnako príjemca nepeňažného plnenia (poskytovateľ) musí od 1. 1. 2016 zraziť a odviesť daň z nepeňažného plnenia *za celý rok do konca januára nasledujúceho roka*, a v rovnakom termíne musí podať správcovi dane Oznámenie o zrazení a odvedení dane.

Hodnota nepeňažného plnenia, ktoré *nepodlieha zrážkovej dani*, sa stanovuje na 40 euro za kalendárny rok. Znamená to v podstate navýšenie kumulovaného a jednorazového limitu, ktorý nepodlieha dani. Po novom môže poskytovateľ prijať od držiteľa nepeňažné plnenia celkovo v hodnote 40 euro (postupne alebo pri jednom plnení) bez toho, aby vznikla povinnosť zrážkovej dane. Ak by podobné plnenie jednorazovo v hodnote 40 euro prijal v roku 2015, podliehalo by celé zrážkovej dani, keďže limit pre rok 2015 je 10 euro za štvrtrok.

Ak doteraz bola za nepeňažné plnenie, podliehajúce zrážkovej dani, považovaná i hodnota stravy na odbornom podujatí, ktorú prijal poskytovateľ od držiteľa, po novom dochádza k miernej úprave. Do výšky, aká je ustanovená podľa osobitného predpisu, je *strava*, ktorú poskytol držiteľ na výhradne odbornej akcii poskytovateľovi príjmom, ktorý *nepodlieha zrážkovej dani*. Ale len v danom prípade (odborné podujatie) a do určenej výšky (tzv. *stravné*). Ak vznikne príjemcovi takéhoto plnenia

nárok na *stravné* v plnej výške u svojho zamestnávateľa a zároveň mu ho poskytne aj držiteľ na odbornej akcii, toto druhé „*stravné*“ sa považuje za nepeňažné plnenie podliehajúce zrážkovej dani, hoci je vo výške určenej zákonom. Ak poskytne držiteľ stravu v hodnote vyššej než určuje zákon, zrážkovej dani podlieha len tá hodnota stravy, ktorá prevyšuje zákonom určenú náhradu.



Peňažného plnenia sa zmeny netýkajú, zrážková daň pri peňažnom plnení podlieha takým pravidlám ako doteraz.

Zhrnutie zrážkovej dane z peňažného a nepeňažného plnenia

Peňažné plnenie, ktoré poskytovateľovi (napr. lekárovi) poskytne držiteľ (napr. farmaceutická spoločnosť), *podlieha zrážkovej dani vždy a v každej výške*. Daň zrazi pred poukázanim/pripísaním platby platiteľ plnenia (v danom prípade farmaceutická spoločnosť). Je zároveň i platiteľom dane. Zrazenú daň farmaceutická spoločnosť v termíne určenom zákonom odvedie príslušnému správcovi dane. Príjemcovi plnenia (lekárovi) nevznikajú žiadne dodatočné daňové povinnosti, a s výnimkou príjmu zo závislej činnosti ani odvodové povinnosti. Príjem sa nevádza v daňovom priznaní, daň sa považuje za vysporiadanú. V prípade, že platiteľ plnenia a dane (farmaceutic-

ká spoločnosť) omylom pripíše/ poukáže príjemcovi (lekárovi) celú sumu, bez zrazenia dane, je na farmaceutickej spoločnosti, aby platbu daňovo vysporiadala, *lekárovi* ani v takom prípade *nevzniká žiadna povinnosť z pohľadu zrážkovej dane*.

Nepeňažné plnenia musia byť vyčísliteľné v eurách. Prijemca (napr. lekár) sleduje v priebehu roka 2015 každý *kalendárny štvrtok*, či hodnota nepeňažného plnenia od všetkých v zákone vymenovaných platiteľov (napr. farmaceutických spoločností) presiahla sumu 10 euro. Ak nepresiahla, daň sa nezráža a neplatí. Ak presiahla 10 euro, platiteľom dane na rozdiel od peňažných plnení nie je poskytovateľ plnenia, ale jeho príjemca. V termíne daň vypočíta na základe oznámení

od všetkých platiteľov nepeňažných plnení, a v termíne daň i poukáže na príslušný účet pod správnym variabilným symbolom. Sadzba dane je 19 %. Žiadne iné povinnosti príjemcovi plnenia (lekárovi) nevznikajú. Zdaňuje sa každý nepeňažný príjem presahujúci 10 euro za kalendárny štvrtok, s výnimkou plnení poskytnutých vo forme účasti zdravotníckeho pracovníka na sústavnom vzdelávaní (teda najmä uhradený registračný poplatok nepodlieha zrážkovej dani). V roku 2015 sa poskytnutá strava, doprava a ubytovanie nepovažuje za účasť zdravotníckeho pracovníka na sústavnom vzdelávaní. Teda ak farmaceutická spoločnosť uhradí za lekára registračný poplatok na odborný kongres, uhradí mu ďalej cestovné, ubytovanie a obedy, pre rok 2015 lekár zrážkovo zdani hodnotu dopravy, ubytovania a stravy, a nezdaní hodnotu registračného poplatku. Takto postupuje po konci každého kalendárneho štvrtoka, v ktorom mal obdobný nepeňažný príjem sumárne vyšší než 10 euro (spočítava sa od všetkých platiteľov plnenia), Najbližšie (a *naposledy podľa „starého“ zákona*) tak bude postupovať v januári 2016.

Od roku 2016 bude nepeňažné plnenia príjemca *zdaňovať raz ročne*, a to za celý rok 2016 v januári 2017, pričom ten príjemca (zdravotnícky pracovník), ktorý bude mať za celý rok 2016 od všetkých platiteľov (držiteľov) nepeňažné príjmy neprekračujúce sumu 40 euro, zrážkovo takýto príjem zdaňovať nebude. Navyše nebude podliehať zrážkovej dani ani *hodnota stravy*, poskytnutej na odbornom podujatí (sústavnom vzdelávaní), ak neprekročí sumu určenú zákonom (stravné), s uvedenými obmedzeniami.

Zrážkovou daňou sa *nezdaňujú* príjmy za účasť na *klinickej štúdií*. Napriek tomu však podliehajú dani.

Nezdaňujú sa (vôbec) ani *cestovné náhrady* poskytnuté podľa zákona, aj keď ich prijal lekár od farmaceutickej spoločnosti, avšak musia sa vzťahovať k príjmu zo závislej činnosti, ktorý podlieha zrážkovej dani.



© fotolia.com

Novela zákona o liekoch

V prípade schválenia Národnou radou Slovenskej republiky novela Zákona o liekoch ukladá držiteľom registrácie humánneho lieku, držiteľom povolenia na veľkodistribúciu liekov, držiteľom povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti a držiteľom povolenia na výrobu liekov *oznamovacie povinnosti* v súvislosti s poskytovaním *peňažných a nepeňažných plnení* poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotníckym pracovníkom. Po novom teda budú uvedené subjekty *pod hrozbou sankcie povinne oznamovať* Národnému centru zdravotníckych informácií *podrobné údaje* o poskytnutých peňažných a nepeňažných plneniach pre zdravotníckych pracovníkov. Prvý termín je *júl 2016*, za prvý polrok 2016. Táto povinnosť do istej miery korešponduje s – v súčasnosti platnou – *povinnosťou zdravotníckeho pracovníka ohlásiť Ministerstvu zdravotníctva SR* peňažné a nepeňažné plnenia, ktoré prijal od subjektov uvedených v zákone o poskytovateľoch a zdravotníckych pracovníkoch.

Legislatívne opatrenia týkajúce sa peňažných a nepeňažných plnení, ktoré prijal zdravotnícky pracovník či poskytovateľ zdravotnej starostlivosti od určených subjektov sú konštruované tak, aby ich *nebolo možné obchádzať prostredníctvom tzv. tretej osoby*. Každý sprostredkovateľ podobných plnení má povinnosti obdobné tomu, akoby bol sám platiteľ plnenia. Rovnako príjemca takto sprostredkovaného plnenia od tretej osoby musí postupovať rovnako, akoby plnenie prijal od zákonom určených subjektov. Takže je prípustné, aby napr. farmaceutická spoločnosť poskytla plnenie zdravotníckemu pracovníkovi (lekárovi) cez sprostredkovateľskú agentúru, avšak zrážková daň i všetky oznamovacie povinnosti musia byť splnené obdobne, akoby plnenie priamo poskytla spoločnosť zdravotníckovi. Týka sa to každej tzv. tretej osoby, i občianskych združení a nadácií, posudzovať však bude treba každú situáciu osobitne.

Ukončiť práceneschopnosť môže iba ošetrojúci lekár

Na otázky odpovedá

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

Prim. kontakt, 2015, roč. 3 (3-4): 42.

Otázka: Pracujem ako všeobecný lekár pre dospelých na vidieku. Moja zdravotná sestra náhle ochorela a v súčasnosti nie je jasné, kedy opäť nastúpi do zamestnania. Na niekoľko týždňov sa mi podarilo nahovoriť moju známu – zdravotnú sestru na dôchodku –, aby u mňa pracovala, ale aj vzhľadom na svoj vek už na pracovné tempo v ambulancii nestačí. Napriek snahe nedokážem v mojom okolí žiadnu sestru nájsť. Zdá sa, že budem musieť nejaký čas pracovať bez nej. Keďže mám pomerne vysoký počet kapítovaných pacientov a pracujem „na striedačku“ v dvoch ambulanciách v dvoch rôznych obciach, neviem si túto situáciu predstaviť. Ako je to po právnej stránke – môžem ako lekár pracovať, aj keď iba obmedzený čas, bez zdravotnej sestry?

Martin

Odpoveď: Zdravotnícke zariadenia musia dodržiavať platnú legislatívu týkajúcu minimálneho nielen materiálne-technického vybavenia, ale aj personálneho zabezpečenia. Týka sa to aj ambulancných zdravotníckych zariadení. Ambulancia všeobecného lekárstva je personálne zabezpečená v prípade, že v nej pracuje jeden lekár a jedna sestra. Pracovný tím môže tvoriť viac lekárov, resp. sestier, nie však menej. Legislatíva neumožňuje, aby lekár poskytoval zdravotnú starostlivosť na takomto pracovisku bez sestry, a to ani v prípade, ak ide o dve ambulancie, resp. ak v jednej ambulancii lekár pracuje menej ako osem hodín počas jedného pracovného dňa.

Otázka: Pri svojej práci všeobecnej lekárky som už viackrát mala nepríjemnú skúsenosť s posudkovou lekárkou zo Sociálnej poisťovne. Počas svojich návštev a posudzovania zdravotného stavu mojich pacientov mnoho ráz vyvoláva napäté situácie. Predpokladám, že tak robí na príkaz svojich nadriadených. V prípade, že „z pohľadu Sociálnej poisťovne“ považuje dĺžku práceneschopnosti za „pridlhú“, nalieha na mňa, aby som ju ukončila a je pri tom dosť neodbytná. Opakovane sa mi stalo, že na mňa v prítomnosti pacienta nevyberane tlačila, aby som jeho práceneschopnosť ukončila. Po mojich výhradách, že ako ošetrojúci lekár na to dôvod nevidím, pretože pacient ešte nie je spôsobilý nastúpiť do práce, tvrdila, že tak mám urobiť na základe našej spoločnej konzultácie. Mám pocit, že pracovníčka Sociálnej poisťovne nemá kompetenciu prikazovať mi, ako mám v takýchto prípadoch postupovať. Konám správne?

Ludmila

Odpoveď: V prípade, že je pacient uznaný za práceneschopného, za odborné posúdenie jeho zdravotného

stavu a súvisiace administratívne úkony zodpovedá zdravotnícke zariadenie, resp. lekár, ktorý tlačivo o práceneschopnosti vystavil a potvrdil. Tento úkon môže vykonať lekár v lôžkovom alebo ambulancnom zdravotníckom zariadení. Trvanie práceneschopnosti je závislé od zdravotného stavu pacienta a za jeho monitorovanie aj ukončenie práceneschopnosti je zodpovedný ošetrojúci lekár. Vo vašom prípade je to všeobecný lekár. Jeho úlohou je okrem iných odborných a administratívnych úkonov aj pravidelné zhodnotenie zdravotného stavu pacienta. Ak ako ošetrojúca lekárka posúdite, že váš pacient je práceneschopný, zdravotnícke zariadenie, kde pracujete, vykoná všetky administratívne úkony, aby pacient mohol bez prekážok opäť nastúpiť do pracovného procesu. Sociálna poisťovňa na základe platnej legislatívy kontroluje nielen evidenciu a výplaty dávok súvisiacich s práceneschopnosťou, ale má právo kontrolovať občana, ktorý takúto dávku poberá. Pracovník Sociálnej poisťovne však nemá právo ukončiť práceneschopnosť pacienta, takýmto právom disponuje jeho ošetrojúci lekár. Pokiaľ máte problémy s prístupom posudkovej lekárky Sociálnej poisťovne k vašim pacientom a ku konfliktným situáciám dochádza opakovane, odporúčam vám obrátiť sa s podnetom na priameho nadriadeného tejto pracovníčky vo vašom regióne.

Otázka: Pri výkone lekárskej služby prvej pomoci som bol privolaný k prípadu, kde bolo potrebné pomôcť pri ošetrovaní osôb v blízkosti požiaru. Vykonával som svoju prácu tak, ako mi umožňovali sťažené podmienky, obyvatelia horiacej budovy však na mňa bezohľadným spôsobom naliehali, aby som sa zúčastnil aj záchrannárskych prác. Nepovažoval som to za možné, nemám predsa kvalifikáciu hasiča ani policajta, bol som na mieste ako lekár LSPP. Neurobil som chybu?

Matúš

Odpoveď: Na mieste ste zasahovali ako lekár v službe. Boli ste prizvaný vykonávať svoju prácu ako lekár LSPP, nie ako člen záchrannárskeho alebo zásahového tímu. Správne ste použili príklady hasiča alebo policajta, pracovníci v oboch povolaniach majú úplne iný status ako lekári LSPP a ich povinnosťou je v službe sa podieľať na riešení takýchto situácií. Každý občan má právo (a povinnosť voči sebe aj svojej rodine) chrániť svoj život a zdravie, lekár LSPP nie je výnimkou. Vašou povinnosťou bolo počas služby vykonávať správne všetky potrebné diagnostické a liečebné výkony v rozsahu vašej špecializácie a pracovného zaradenia, čo ste aj urobili. Postupovali ste správne.