Novinky zo Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SSVPL

VŠEOBECNÝ PRAKTIK

3 2021

KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA

Na slovíčko s MUDr. Annou Vachulovou PhD.

Novela zákona o liekoch

Čo prinesie reforma zdravotníctva ambulantnému sektoru?

Už sme pripravení...

Príhovor prezidenta Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva MUDr. Petra Makaru

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

verím, že máte za sebou, tak ako ja, síce krátke dovolenky, ktoré ste hneď vystriedali za zastupovanie kolegov, ktorí si tiež potrebovali oddýchnuť, ale aj napriek tomu ste načerpali nové sily do ďalšej práce. Všetci spoločne sme si po dlhom období vyčerpávajúcej práce a stále nových výziev v ambulanciách hoci aj krátky čas oddychu nielen zaslúžili, ale sme ho aj potrebovali. Aby sme boli aj v jesennom období, ktoré môže byť skomplikované ďalšou vlnou pandémie, pripravení stáť v prvej línii pri našich pacientoch. Pretože práve to je hlavným poslaním našej práce. Dnes sa však už nemusíme toho, čo nás čaká, tak veľmi obávať, pretože sme pripravení oveľa lepšie ako pred rokom.

Myslím si, že na základe našich predošlých skúseností s pandémiou sme v ambulanciách už pripravení zvládať akékoľvek „jesenné“ varianty ochorenia COVID-19, máme odporúčania, ako postupovať v rámci prednemocničnej starostlivosti, poznáme nové možnosti liečby a pribúdajú nám, aj keď pomalšie, ako by sme si my lekári priali, zaočkovaní pacienti. Flexibilne sa v ambulanciách prispôsobujeme aj zvládaniu zvýšeného počtu preventívnych prehliadok či predoperačných vyšetrení, ale učíme sa zlepšovať aj kvalitu starostlivosti o pacientov s postcovidovými ťažkosťami.

Ak však vyjdeme za dvere našich ambulancií, všetkých nás zaujíma najmä to, ako sa nášho odboru dotkne pripravovaná reforma zdravotníctva. Sme radi, že sme k tvorbe tohto závažného dokumentu zo strany najvyššieho kompetentného orgánu boli prizvaní ako partneri, a že ho zaujíma aj názor lekárov priamo z praxe. Je to snáď po prvýkrát, keď sa zmeny „o nás“ skutočne nepripravujú „bez nás“ a aj naša spoločnosť, rovnako ako iné dotknuté strany – iné odborné spoločnosti všeobecných lekárov, zástupcovia poisťovní aj vyšších územných celkov, majú možnosť sa v rámci pracovnej skupiny ministerstva zdravotníctva k takým zásadným zmenám nielen vyjadriť, ale pri ich tvorbe aj poskytnúť cenné skúsenosti priamo z „terénu“.

Oceňujem, že po dlhých rokoch je konečne zmapovaná sieť všeobecných lekárov na Slovensku až na úroveň okresov, ktorá dokáže poskytnúť relevantné východiská pre riešenie zásadných problémov nášho odboru, akými sú nedostatok personálu, nedostatok ambulancií všeobecných lekárov v určitých regiónoch, ktorý určuje jeho rizikovosť, a tým aj dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti. Rizikovosť okresu sa bude posudzovať podľa dostupnosti všeobecnej zdravotnej starostlivosti, ktorá by mala byť do 25 minút a pri stanovovaní rizikovosti okresov bude dôležitá aj demografia, teda koľko všeobecných lekárov je v dôchodkovom veku, a aj to, koľko seniorov žije v danom okrese. Pripomienky a návrhy našej spoločnosti pri stanovovaní určujúcich a zásadných kritérií mapy optimálnej siete boli prijaté a v návrhu reformy akceptované. Týmto spôsobom bude možné na podklade farebného automatu – od zelenej, cez oranžovú až po čiernu farbu na ročnej báze sledovať dostupnosť ambulantnej siete, vek lekárov, počet a vyťaženosť ambulancií a iné parametre. Na základe pravidelného vyhodnocovania týchto údajov získame cenné podklady pre predpovedanie možnej potreby v blízkej budúcnosti. Tento model teda slúži nielen ako nástroj, ktorý dokáže opísať skutočnú situáciu, ale zároveň dokáže predpovedať situáciu aj o päť rokov.

Ako spoločnosť vítame aj návrh na finančný príspevok na vznik nových ambulancií, ktorý bude hradený z európskych prostriedkov. Aj keď „sponzoring“ nových ambulancií vyvolal v niektorých kruhoch nevôľu, treba konštatovať, že prostriedky z plánu obnovy sa dajú použiť len na tento účel, a pokiaľ nám ide o spoločnú vec – podporu všeobecného lekárstva – vo všetkých regiónoch Slovenska, mali by sme po dlhých rokoch absolútneho nefinancovania nášho odboru zo strany štátu tento krok prijímať všetci prajne a pozitívne. Verím však, že ministerstvo sa bude v blízkej budúcnosti venovať aj podpore súčasnej siete ambulancií a výmeny praxí tak, aby boli „starí“ lekári motivovaní posúvať svoje praxe mladým lekárom. Ministerstvo nehovorí nie, len kroky a ich realizácia sa plánujú postupne a východiská dlhých rokov neriešených problémov ambulantného sektora treba hľadať precízne a rozvážne. Už len zostáva veriť, že v rámci nových zmien v odbore všeobecného lekárstva bude pre dobro našich pacientov zachovaná kontinuita celého procesu.

Poďme však ešte na chvíľu do našich ambulancií. Od začiatku júla máme možnosť očkovať pacientov proti ochoreniu COVID-19 a v spolupráci s advokátskou komorou h&h PARTNERS naša spoločnosť pripravila pre pacientov aj všeobecných lekárov zrozumiteľné poučenie pred očkovaním vakcínou Comirnaty dostupné online, ale aj v ambulancii všeobecného lekára. Boli sme tak prví, kto pripravil zrozumiteľné a objektívne poučenie pre pacienta, ktoré mu umožňuje prijať slobodné rozhodnutie k očkovaniu, a ktoré lekárovi uľahčuje proces informovania pacienta a získania jeho súhlasu. Takto sme zabezpečili partnerský a vyrovnaný vzťah medzi pacientom a lekárom, a tým lekárom, ktorí sa rozhodli pre očkovanie pacientov, aj bezpečný nástroj na ochranu ambulancií pred možnými rizikami.

Napriek komplikovanosti procesu manažmentu očkovania verím, že kolegov, ktorí sa vo svojich ambulanciách rozhodnú pre tento krok, bude pribúdať, a aj my všeobecní lekári pomôžeme takto zvýšiť zaočkovanosť populácie proti ochoreniu COVID-19 na celom Slovensku. V tomto smere vítame aj akceptovanie pripomienok našej spoločnosti zo strany ministerstva zdravotníctva a zdravotných poisťovní, ktoré umožňuje všeobecnému lekárovi očkovanie aj nekapitovaných pacientov, čím sa na jednej strane pacientom uľahčuje prístup k očkovaniu, ale na strane druhej predstavuje aj pre lekára príležitosť na lepšie manažovanie očkovania v ambulancii.

Témou tohto čísla Praktika sú kardiovaskulárne ochorenia. Zvolili sme ju preto, lebo ide o skupinu najčastejších ochorení, s ktorými sa ako prví stretávame v našich ambulanciách, máme už aj kompetencie manažovať pacientov, najširší rozsah preskripcie liekov a v prevencii týchto ochorení by práve naše ambulancie mali zohrávať kľúčovú úlohu. Úzke prepojenie primárnej sféry a špecializácie odboru sa odráža aj v úzkej spolupráci s odbornými spoločnosťami Slovenska – Slovenskou hypertenziologickou spoločnosťou a Slovenskou kardiologickou spoločnosťou, ktoré samotné podporovali prechod kompetencií všeobecným lekárom, a ktoré aktívne participujú na vzdelávaní lekárov primárnej sféry v problematike kardiovaskulárnych ochorení.

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

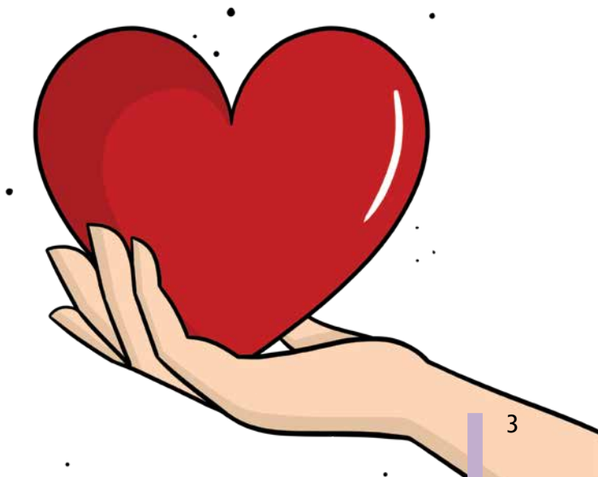
aj keď kalendárny rok rátame od januára do decembra, v pracovných aj osobných životoch je pre školákov a ekonomicky aktívnych ľudí novým začiatkom roka práve september. Pre menších sa po prázdninách začína škola, pre dospelých po dovolenkovom vypnutí prichádza nový pracovný štart. Čo si nás v septembri po ich návrate do koľají každodennosti počká v ambulanciách, ešte stále nevieme odhadnúť, ale verím, že sme dnes už po predošlých skúsenostiach s pandémiou pripravení, a že aj prípadný nápor ďalšej vlny v ambulanciách profesionálne zvládneme.

Po lete aj my všeobecní lekári naskakujeme v našich ambulanciách na vlnu každodennosti.

Teším sa však, že v nej budeme „vyrušení“ – samozrejme, ak to situácia dovolí – naším tradičným stretnutím vo Vysokých Tatrách. Prípravy naň vrcholia a už teraz máme pre vás pripravený zaujímavý odborný program. Pokiaľ nám to nový COVID automat dovolí, stretneme sa 14. – 16. októbra na najväčšom odbornom podujatí všeobecných lekárov na Slovensku – na už 42. Výročnej konferencii SSVPL. Teším sa na vás, priatelia, a dovtedy vám prajem veľa síl a radosti z vašej práce.

S úctou

prezident SSVPL MUDr. Peter Makara



Na slovíčko s...

MUDr. Annou Vachulovou, PhD.

Kardiologička, Kardiologická klinika
LF UK a NÚSCH, a. s., Bratislava
Prezidentka Slovenskej
hypertenziologickej spoločnosti

Pacientov, ktorých trápi vysoké kardiovaskulárne ochorenie, každoročne pribúda. Znepokojivé je, že práve neprenosné chronické ochorenia môžu v budúcnosti prekročiť kapacitu zdravotníckeho systému. Na Slovensku stoja srdcovo-cievne ochorenia približne za polovicou všetkých úmrtí. A to je len jeden z mnohých dôvodov, prečo sú prevencia a dôsledná liečba ochorení srdca a ciev také naliehavé.

Aj preto sme sa v tomto čísle PRAKTIKA pozhovárali s MUDr. Annou Vachulovou, PhD., so špecializáciami kardiológia na vnútorné lekárstvo, pôsobiacej na Kardiologickej klinike LF UK a Národnom ústave srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava, prezidentkou Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti Slovenskej lekárskej komory.

Prečo ste si zvolili za špecializáciu práve kardiológiu?

Ešte na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského nám mnohí pedagógovia vraveli, že kardiológia je kráľovná nielen internej medicíny. Mala som veľké šťastie, že už počas štúdia som sa stretla s niekoľkými výnimočnými kardiológmi, ktorí významnou mierou ovplyvnili moje profesionálne smerovanie. Musím však uviesť, že začiatky mojej profesionálnej kariéry boli na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, kde som sa naučila základom akútnej medicíny.

Slovensko má v súčasnosti akútny nedostatok všeobecných lekárov. Aký personálny stav je v špecializácii kardiológie?

Podobná situácia je aj v špecializácii kardiológie. Kardiológovia chýbajú na Slovensku na každej úrovni kardiologickej starostlivosti – od ambulantných kardiológov, cez kardiológov v nemocniciach na interných a kardiologických oddeleniach až po kardiológov v špecializovaných kardiologických centrách. Kardiológia zahŕňa celé spektrum diagnóz. Navyše nám neustále pribúdajú pacienti s kardiovaskulárnymi ochoreniami, a to nielen nekomplikovaní pacienti. Musíme si uvedomiť, že populácia na Slovensku starne. Lepšie síce liečime akútne koronárne syndrómy, ale stále neliečime dostatočne artériovú hypertenziu, dyslipoproteinémie. Stále nie je dostatočná ani primárna prevencia. Pribúdajú nám obézni pacienti, stále je vysoký podiel fajčiarov a netreba zabúdať na ďalší závažný rizikový faktor nielen kardiovaskulárnych ochorení, ktorým je stres.

Lekári všetkých špecializácií majú kvôli pandémii za sebou náročný a neobyčajný rok. V čom bol ťažký pre kardiológov? A ako zmenil systém práce v ambulanciách kardiológov?

Rok 2020 bol iný ako všetky ostatné roky. Všetci zdravotníci pracovali s obrovským nasadením. Myslím si však, že napriek maximálnemu nasadeniu zdravotníkov je ich práca doteraz v mnohých ohľadoch významne nedocenená. Pandémia COVID-19 priniesla zmenu práce aj pre kardiológov na každej úrovni. Pribudli pacienti s ochorením COVID-19, ktoré na jednej strane postihuje najmä pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami – ako sú artériová hypertenzia, koronárna choroba srdca, srdcové zlyhávanie a arytmie. Na strane druhej samotné ochorenie v akútnom štádiu prinieslo kolaterálne postihnutie kardiovaskulárneho aparátu v podobe myokarditíd, akútnych koronárnych syndrómov, novo diagnostikovaných srdcových zlyhaní a tromboembolických komplikácií. Pribudli však aj pacienti s postcovidovým syndrómom, ktorí mohli mať pôvodne štrukturálne zdravé srdce, ale v dôsledku prekonania ochorenia COVID-19 majú určitý stupeň jeho poškodenia.

Netreba zabúdať ani na dôsledky odloženej zdravotnej starostlivosti. Sumárne teda k bežnej práci v kardiologických ambulanciách pribudlo množstvo nových pacientov a musíme dobiehať prácu, ktorá musela byť v minulom roku kvôli pandémii redukovaná.

A telemedicína, o ktorej sa začalo viac hovoriť až počas pandémie, nie je v kardiológii novinkou. Pri manažmente pacientov s elektroimpulzogenerátormi ju využívame už roky. Pacientom prináša benefit. Na druhej strane však treba podotknúť, že nie každá diagnóza v kardiológii môže byť kontrolovaná telemedicínou. Na správny manažment pacientov, a nielen v pandémii COVID-19, je potrebné, aby boli správne edukovaní nielen pacienti a ich príbuzní, ale aby bola vytvorená aj spolupráca na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti.

Zmenila pandémia podľa vášho názoru aj správanie pacientov?

Určite áno. Na začiatku boli pacienti s kardiovaskulárnymi ochoreniami viac ustráchaní. Boli vystavení aj rôznym nepravdivým a nepodloženým tvrdeniam, napríklad o antihypertenzívnej alebo hypolipidemickej liečbe. V súčasnosti máme jasné dôkazy o tom, že práve užívanie antihypertenzívnej a hypolipidemickej liečby je aj u pacientov s ochorením COVID-19 pre nich prospešné. Všetky negatívne vplyvy médií, ktoré u nich viedli k vysadeniu indikovanej liečby, v konečnom dôsledku poškodili samotných pacientov a súčasne zaťažili zdravotnícky systém.

Ako ste vnímali z pohľadu kardiológa úlohu, postavenie a nasadenie všeobecných praktických lekárov počas pandémie COVID-19?

Praktickí lekári sú vždy lekármi v prvej línii. Ukázalo sa to najmä pri pandémii COVID-19 nielen v samotnej liečebnej činnosti, pretože s diagnostikou a liečbou pacientov s COVID-19 na začiatku nemal nikto skúsenosti, ale aj v tom, že neboli vypracované hneď jednoznačné odporúčania. Pre praktických lekárov bolo preto veľkou pomocou vypracovanie štandardných diagnostických a terapeutických postupov pre manažment pacientov s COVID-19. Okrem odporúčaní im pribudlo obrovské množstvo nariadení a usmernení, ktoré sa dynamicky menili v priebehu niekoľkých dní. V dôsledku pandemických zmien sa zmenil zabehnutý systém celej zdravotnej starostlivosti.

Kardiovaskulárne ochorenia dnes patria k najzávažnejšej príčine úmrtí Slovákov. Čo hovoria dnes čísla o zdraví srdca Slovákov?

Už je všeobecne známe, že kardiovaskulárne ochorenia sú dnes celkovo najčastejšou príčinou úmrtí v Európe. A to isté platí aj pre Slovensko. Relevantné štatistické údaje sú k dispozícii zo Štatistického úradu Európskej únie – Eurostat. Slovenské dáta poskytuje Eurostatu Štatistický úrad SR, ktorému spracúva údaje Národné centrum zdravotníckych informácií.

Podľa posledných spracovaných údajov Eurostatu z roku 2017 bolo Slovensko na 29. mieste z 34 európskych štátov. V roku 2017 bolo na Slovensku 416,9 odvrátiteľných úmrtí na 100 000 obyvateľov za rok. Z celkového počtu odvrátiteľných úmrtí v roku 2017 tvorili preventabilné úmrtia 240,9 a liečiteľné úmrtia 176 úmrtí. Horšie ako Slovensko boli: Bulharsko (421,7), Litva (487,3), Maďarsko (506,2), Rumunsko (512,3) a Lotyšsko (520,6). Na druhej strane rebríčka boli na prvom mieste Lichtenštajnsko (159,7) a Švajčiarsko (161,2).

Ktoré srdcovo-cievne ochorenia sú v slovenskej populácii najčastejšie?

Podľa štatistiky NCZI pre hospitalizácie na choroby obehovej sústavy v rokoch 2014 – 2019 boli na prvom mieste diagnózy 130 – 152 (iné choroby srdca) 35,2 %, na druhom mieste diagnózy 120 – 125 Ischemické choroby srdca 20,9 %, na treťom mieste 160 – 169 Cievne choroby mozgu 19 %, na štvrtom mieste 170 – 179 Choroby tepien, tepničiek a vlásočníc 9,3 %, na piatom mieste 110 – 115 Artériová hypertenzia 6,4 %.

Do zoznamu lekárskych diagnóz nám pribudlo ochorenie COVID-19. Aké dôsledky má toto ochorenie na fungovanie kardiovaskulárneho systému?

Koronavírusová infekcia zanecháva následky na srdci mnohých pacientov aj v prípade, keď nešlo o ťažko chorých, ktorí by sa museli liečiť v nemocnici. Pri infekcii COVID-19 môže dôjsť k poškodeniu srdca na rôznych úrovniach. Jednak môže dôjsť k rozkolísanou hodnôt krvného tlaku, vzniku arytmií, zápalu srdcového svalu, až k akútnemu srdcovému zlyhávaniu. Obávanou komplikáciou môže byť poškodenie koronárnych ciev trombózou so vznikom poškodenia koronárnych tepien až infarktu myokardu. Komplikácie infekcie COVID-19 sa môžu vyskytnúť u ľudí bez známeho kardiovaskulárneho ochorenia, no môžu viesť aj k zhoršeniu preexistujúceho kardiovaskulárneho ochorenia.

V čom sú v porovnaní s ostatnými pacientmi zdravotníckeho systému pacienti s kardiovaskulárnymi ochoreniami iní?

Pacienti s kardiovaskulárnymi ochoreniami sú pacienti s rôznym spektrom diagnóz. A musím povedať, že pacienti sú veľmi rôznorodí. Nielen vo vzťahu k akceptácii ochorenia a adherencii či diagnostickým a terapeutickým možnostiam. Niekedy sa mi zdajú byť pacienti s týmito ochoreniami veľmi netrpezliví, no následne prídu pacienti s obrovskou trpezlivosťou, ktorá je až obdivuhodná. Obdobne je to aj s ich výkonnosťou. Závažnosť ochorenia nie vždy zodpovedá funkčnej výkonnosti pacienta.

Pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami z roka na rok pribúda. Aká je podľa vášho názoru kvalita zdravotnej starostlivosti o túto skupinu pacientov?

Už som spomenula, že nedostatok kardiológov na Slovensku na každej úrovni. Problémom býva prvovyšetrenie v kardiologickej ambulancii napríklad u pacienta po prekonaní akútneho infarktu myokardu. Nie je zriedkavé, že termín ku kardiológovi dostane o 2 – 3 mesiace, a to je veľmi neskoro. Určite by pomohlo zlepšenie vzájomnej spolupráce medzi praktickými lekármi a špecialistami, napríklad aby pacientov s artériovou hypertenziou primárne manažovali praktickí lekári. Tým by sa uvoľnili termíny v kardiologických ambulanciách pre pacientov so závažnejšími diagnózami, napríklad po spomínanom infarkte myokardu. Musím však vyzdvihnúť, že mnohí praktickí lekári veľmi pekne manažujú pacientov s artériovou hypertenziou, presne v súlade 2018 ESC/ESH odporúčaní pre manažment artériovej hypertenzie.

Ktoré problémy vo vašom odbore považujete dnes za „najhorúcejšie"?

Kardiológia sa v priebehu posledných rokov dynamicky mení. Do popredia sa dostávajú arytmie, najmä fibrilácia predsiení a srdcové zlyhávania. Takže medzi dve najhorúcejšie diagnózy v kardiológii patria práve fibrilácia predsiení a srdcové zlyhávanie. Netreba zabúdať na „evergreen" v celom kardiovaskulárnom kontinuu, a tým je artériová hypertenzia.

Aká je podľa vás úloha všeobecných praktických lekárov v skorom záchyte kardiovaskulárnych ochorení?

Praktickí lekári veľmi dobre poznajú svojich pacientov. Poznajú ich rizikový profil. K stratifikácii pacientov z hľadiska kardiovaskulárnych ochorení sú im nápomocné stratifikačné skórovacie systémy, napr. systém SCORE.

Praktickí lekári už pri preventívnych prehliadkach môžu odhaliť mnohé rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení, ale napríklad odmeraním tlaku krvi aj artériovú hypertenziu, na 12-zvodovom EKG diagnostikovať poruchy srdcového rytmu, cielene pátrať po fibrilácii predsiení, z laboratórnych testov diagnostikovať dyslipoproteinémiu.

Aj v smere predchádzania rizikám vzniku kardiovaskulárnych ochorení je najdôležitejšia prevencia. Čo môže spraviť všeobecný lekár vo svojej ambulancii v tejto oblasti?

Ako pri každom ochorení je základom včasná diagnostika. A následná edukácia pacienta. Na tomto mieste je dôležitý vzájomný vzťah lekár-pacient, aby sa vytvorila vzájomná dôvera a aby bol pacient pri zvládaní svojho ochorenia aktívny. Praktickí lekári sú takisto preťažení a nemôžu každému pacientovi rozprávať 20 – 30 min. o dôležitosti zdravého životného štýlu. Namieste je preto otázka, či je pacient ochotný a schopný zmeniť vlastný prístup k svojmu zdraviu, ak mu napríklad diagnostikujete vyšší normálny tlak krvi.

Máte teda nejakú radu pre kolegov, všeobecných praktických lekárov, ako edukovať pacienta v rámci prevencie srdcovo-cievnych ochorení?

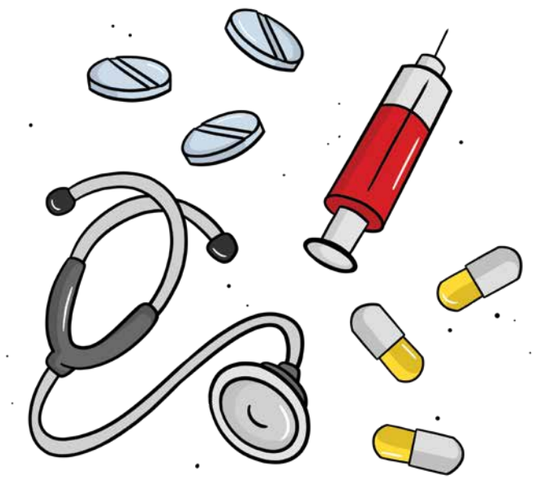
Na tomto mieste je dobrá každá rada. Pretože mnohí pacienti si myslia, že všetko vyrieši jedna tabletka, a aj tú netreba užívať doživotne. Získať pacienta pre aktívnu spoluprácu pri manažmente jeho kardiovaskulárnych rizikových faktorov je veľmi ťažké. Na tomto mieste je určite potrebná spolupráca na rôznych úrovniach – napríklad aj s poradňami zdravia, prostredníctvom rôznych edukačných programov, spoluprácou a podporou pri rôznych športových aktivitách, zdravej výžive, pri pozitívnom motivovaní pacientov, ale aj lekárov. Kľúčové postavenie v tejto oblasti majú podľa môjho názoru aj pacientske organizácie. Je vynikajúce, že aj na Slovensku máme k dispozícii také pacientske organizácie, ktoré poskytujú nielen edukáciu pacientov, ale pomáhajú im zvládať aj následný život s danou diagnózou.

Odborníci z oblasti kardiológie sú neraz súčasťou odborných podujatí všeobecných praktických lekárov. Čo je cieľom takejto spolupráce a vzdelávania?

Všetci lekári sa celoživotne vzdelávajú a spolupráca medzi rôznymi odbornosťami lekárov je veľmi dôležitá, pretože sa staráme o konkrétnych pacientov spolu. My kardiológovia máme každoročne zverejnených niekoľko nových odporúčaní v manažmente kardiologických ochorení. Je preto veľmi dobré, ak sa aktívne podieľame na vzájomnej edukácii. Nejde len o klasické veľké kongresy, ale aj o sympóziá, kurzy, semináre. Pandémia COVID-19 nám priniesla transformáciu vzdelávania do digitálnej podoby vo forme webinárov a kongresov dištančnou formou. A ukazuje sa, že aj táto forma vzdelávania má svoje nesporné výhody. Pri prezenčných podujatiach máme však možnosť rozobrať mnohé témy aj mimo prednášok osobne.

Lekári sa teda usilujú pre pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami aj v rámci liečby, aj v prevencii, spraviť všetko, čo je v ich silách. Dá sa napriek tomu, podľa vášho názoru, zlepšiť nelichotivá situácia vo vývoji kardiovaskulárnych ochorení Slovákov?

Problémom je, že mnohí ľudia prevenciu kardiovaskulárnych ochorení významne podceňujú. Navyše aj keď im je diagnostikované ochorenie – napríklad artériová hypertenzia, nechcú sa liečiť. Pretože mnohé kardiovaskulárne ochorenia zo začiatku nebolia, mnohí ich úplne podceňujú. A od nás kardiológov chcú, aby sme ich pri pokročilom ochorení zachránili hneď. Aj preto je veľmi dôležitá edukácia populácie na všetkých úrovniach a vo všetkých vekových kategóriách. A treba začať už od detí.



SPOLUPRÁCA SLOVENSKEJ HYPERTENZIOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI A SLOVENSKEJ SPOLOČNOSTI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA

Slovenská hypertenziologická spoločnosť (SHS) sa už dlhoročne aktívnou mierou podieľa na vzdelávaní kolegov zo Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL):

- ✓ SHS pripravuje blok prednášok na výročnom kongrese SSVPL,
- ✓ čestná prezidentka SHS doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC organizuje EKG kurzy na výročnom kongrese SSVPL,
- ✓ na výročnom kongrese SHS sa zúčastňujú aj členovia SSVPL,
- ✓ SHS spolupracovala s hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecné lekárstvo na tvorbe ŠDTP artériová hypertenzia,
- ✓ SHS zorganizovala dva certifikované kurzy o ambulantnom monitorovaní TK pre SSVPL,
- ✓ členovia SHS sa prednáškovou a publikačnou aktivitou podieľajú na vzdelávaní členov SSVPL o odporúčaniach európskej kardiologickej spoločnosti.

Fibrilácia predsiení a artériová hypertenzia vo svetle odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti z roku 2020

MUDr. Anna Vachulová, PhD.,

Kardiologická klinika Lekárskej fakulty UK a Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava

Súhrn

Fibrilácia predsiení (FP) predstavuje významnú záťaž pre lekárov, pacientov, zdravotný systém a celú spoločnosť. Manažment FP vyžaduje komplexný prístup. 2020 Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti pre manažment FP odporúčajú liečebný prístup „Atrial Fibrillation Better Care (ABC)“, ktorý zlepšuje manažment pacientov s FP. Tento prehľadový článok poskytuje pohľad na súčasné možnosti diagnostiky a liečby FP. Artériová hypertenzia (AH) je najčastejším etiologickým faktorom spojeným s rozvojom FP, a pacienti s hypertenziou majú 1,7x vyššie riziko rozvoja FP v porovnaní s normotenznými. AH taktiež zvyšuje komplikácie FP, najmä cievnej mozgovej príhody, srdcového zlyhávania a rizika krvácania.

Úvod

FP je najčastejšia srdcová arytmia. FP nie je benígna arytmia napriek tomu, že neohrozuje pacienta bezprostredne na živote. Najzávažnejšie morbi-mortalitné dôsledky pre pacienta sú: vznik tromboembolických komplikácií, zhoršenie kvality života pacientov, nutnosť hospitalizácií, vznik kognitívnej demencie, vznik hypertrofie ľavej komory srdca a srdcového zlyhávania, zvýšenie mortality. FP je špecifická arytmia. Aj u pacientov, ktorí nemajú štrukturálne poškodenie srdca, alebo majú „iba“ artériovú hypertenziu, má priebeh FP progresívny charakter. Je to spôsobené procesom remodelácie svaloviny predsiení. Proces remodelácie predsiení môže byť ovplyvnený progresiou základného ochorenia, ktoré sa súčasne s arytmiou vyskytuje (napr. nedosahovanie cieľových hodnôt tlaku krvi). Zákernosť FP spočíva v tom, že môže prebiehať asymptomaticky, alebo s minimálnymi symptómami, ktoré pacient podceňuje. Klinicky sa FP môže manifestovať ako symptomatická, hemodynamicky stabilná alebo hemodynamicky nestabilná (1). V roku 2020 boli publikované nové odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti pre manažment FP.

FP je jedna z epidémií 21. storočia. Do manažmentu pacientov s FP sú inkorporovaní nielen kardiológovia, kardiológovia so subšpecializáciou v arytmológii. Starostlivosť o pacientov s FP, predovšetkým liečba komorbidít a kardiovaskulárnych rizikových faktorov, by mala byť súčasťou prístupu praktických lekárov, internistov, geriatrov, neurológov, hematológov, endokrinológov, nefrológov, diabetológov a ďalších špecialistov.

2020 Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti pre manažment FP

Definícia FP:

FP je supraventrikulárna tachyarytmia s nekoordinovanou elektrickou aktiváciou predsiení a následne neefektívnou kontrakciou predsiení. EKG charakteristiky FP sú: nepravidelná nepravidelnosť R-R intervalov (ak nie je postihnuté atrioventrikulárne vedenie), neprítomnosť typických opakujúcich sa P vĺn, nepravidelná aktivácia predsiení.

FP je naďalej klasifikovaná ako: prvýkrát diagnostikovaná, paroxyzmálna, perzistujúca, dlhodobo perzistujúca, permanentná. V klinickej praxi by sa malo upustiť od používania terminológie: „lone“ FP, valvulárna/nevalvulárna FP a chronická FP.

2020 ESC odporúčania pre FP definujú manažment pacienta s FP sloganom **CC To ABC**. Ide o akronymá z anglických slov **C**onfirm AF (potvrdenie FP), **C**haracterise AF (Charakteristika FP – schéma 4S (pozri tab.), **T**reat AF (liečba FP): The **A**nticoagulation/Avoid Stroke (antikoagulačná liečba, prevencia CMP), **B**etter symptom control (lepšia kontrola symptómov), **C**omorbidities/Cardiovascular risk factor management (komorbidity/manažment kardiovaskulárnych rizikových faktorov) (1).

Tabuľka č. 1: Potvrdenie diagnózy FP (podľa 1)

Confirm AF (potvrdenie FP)	Štandardné 12-zvodové EKG alebo záznam 1 zvodu v trvaní ≥ 30 sek.

Tabuľka č. 2: Charakteristika FP – schéma 4S (podľa 1)

Stroke risk = riziko cievnej mozgovej príhody	Symptoms severity = závažnosť symptómov	Severity of AF burden = časový výskyt FP, tzv. fibrilačná záťaž	Substrate severity = závažnosť substrátu
napr. CHA_2DS_2VaSc skóre	napr. EHRA skóre	napr. trvanie FP, spontánna terminácia FP	napr. vek, komorbidity, zväčšenie ľavej predsiene (ĽP), fibróza ĽP

Tabuľka č. 3: Liečba FP – schéma ABC (podľa 1)

The **A**nticoagulation/Avoid Stroke (antikoagulačná liečba, prevencia CMP)	**B**etter symptom control (lepšia kontrola symptómov)	**C**omorbidities/Cardiovascular risk factor management (komorbidity/ manažment kardiovaskulárnych rizikových faktorov)
1. Identifikácia pacientov s nízkym rizikom TE príhod CHA_2DS_2VaSc 0 (muži), 1 (ženy).	Vyhodnotiť symptómy, kvalitu života a pacientove preferencie.	Komorbidity a kardiovaskulárne rizikové faktory.
2. Prevencia CMP, ak je CHA_2DS_2VaSc ≥1 (muži), 2 (ženy). Stanoviť riziko krvácania, ovplyvnenie modifikovateľných rizikových faktorov krvácania.	Optimalizovať kontrolu srdcovej frekvencie.	Zmena životného štýlu (redukcia obezity, pravidelná fyzická aktivita, zníženie príjmu alkoholu atď.).
3. Výber orálnej antikoagulačnej liečby (DOAK alebo VKA s dobre manažovaným TTR).	Zvážiť stratégiu kontroly srdcového rytmu (kardioverzia, antiarytmiká, ablácia).	

DOAK = priame orálne antikoagulanciá, VKA = antagonisty vitamínu K, TTR = čas v terapeutickom rozmedzí.

Integrovaný manažment pacientov s FP

Integrovaný manažment FP vyžaduje koordináciu a optimalizáciu starostlivosti o pacienta multidisciplinárnym tímom. Do interdisciplinárneho tímu sú zahrnutí všetci zdravotnícki pracovníci, ktorí sa starajú o pacienta (praktický lekár, internista, kardiológ, nefrológ, hematológ, endokrinológ, neurológ, psychológ). Samozrejme, ide najmä o včasnú diagnostiku a adekvátnu liečbu pacienta. Ale aj ďalší zdravotnícki pracovníci môžu poskytnúť lepšiu edukáciu pacienta, podporovať lepšiu adherenciu pacienta, ako k medikamentóznej liečbe, tak aj k úprave životného štýlu (psychológ, farmaceut, fyzioterapeut).

Vstupné vyšetrenie pacienta a pátranie po FP

Pri vstupnom vyšetrení pacienta je základom správne odobratá detailná anamnéza so zameraním na príznaky FP a ich závažnosť. U pacientov s podozrením na FP je potrebné cielene pátrať po klinických rizikových faktoroch pre vznik FP. Pri skríningu a diagnostike FP je nápomocný každý lekár a môže byť nápomocný aj pacient.

Súčasťou každého vyšetrenia pacienta s FP je okrem fyzikálneho vyšetrenia, merania TK a odmerania antropometrických parametrov (výška, hmotnosť, BMI) 12-zvodové EKG, ktoré môže zachytiť FP, ale môže poukázať aj na možné ďalšie abnormity. Limitáciou štandardného 12-zvodového EKG je nízky záchyt FP, napr. pri paroxyzmálnej FP. S cieľom včasnej diagnostiky a záchytu FP je možné u pacienta indikovať 24-, 48-hod. alebo 7-dňový EKG Holter. Ak nie je dostupný EKG Holter, v súčasnosti využívame aj ďalšie možnosti diagnostiky v podobe epizodických záznamníkov EKG, alebo ak sú indikované, tak implantovateľné slučkové rekordéry.

Aktívny skríning FP – pri aktívnom skríningu FP možno využiť všetky vyššie uvedené metodiky. Skríning FP vo všeobecnej populácii sa stal atraktívnejší, najmä s používaním „smart“ technológií.

Ak už má pacient diagnostikovanú FP, kľúčovú úlohu u pacientov s FP má echokardiografické (ECHOKG) vyšetrenie, ktoré umožní diagnostikovať štrukturálne ochorenie srdca. Transtorakálne ECHOKG podá informáciu o veľkosti a kinetike srdcových dutín, morfológii chlopňového aparátu a perikardu. Dôležité sú ďalšie parametre: diastolická funkcia, veľkosť a objem ľavej predsiene. V základnom armamentáriu vyšetrení pacienta s FP je súbor laboratórnych vyšetrení – krvný obraz, biochémia (poškodenie obličiek, hypokaliémia, hyperglykémia). Ďalšie vyšetrenia závisia od klinických ťažkostí pacienta a výsledkov zrealizovaných vyšetrení. Je treba pamätať, že prítomnosť FP nie je jednoznačná indikácia na realizáciu koronarografického vyšetrenia. Zo zobrazovacích metodík je potrebné uviesť transezofageálne vyšetrenie, ktoré môže zobraziť trombogénny potenciál ľavej predsiene a uško ľavej predsiene – napríklad pred plánovanou kardioverziou.

Manažment pacienta s FP

Väčšina pacientov s FP z hľadiska manažmentu FP vyžaduje pravidelnú antiarytmickú a antikoagulačnú liečbu, dôležité je však nezabúdať na liečbu komorbidít a kardiovaskulárnych rizikových faktorov.

Do popredia sa dostáva intervenčná liečba FP, najmä katétrová ablácia. Katétrová ablácia pre FP sa odporúča u pacientov s paroxyzmálnou FP, alebo s perzistujúcou FP bez významných rizikových faktorov pre rekurenciu FP, alebo u pacientov s perzistujúcou FP s rizikovými faktormi pre rekurenciu FP na kontrolu srdcového rytmu u symptomatických pacientov, ak došlo k zlyhaniu kontroly srdcového rytmu po zlyhaní, alebo intolerancii antiarytmík triedy I alebo triedy III s cieľom zlepšenia symptómov a zníženia rekurencie FP (1). Predpokladom úspešnosti katétrovej ablácie je aj dobrá liečba všetkých komorbidít a kardiovaskulárnych rizikových faktorov. Vždy je nutné zvážiť riziko/benefit intervenčného výkonu a preferenciu pacienta. Napriek tomu, že katétrová ablácia pre FP sa na Slovensku vykonáva v troch ústavoch srdcovo-cievnych chorôb (NÚSCH, SÚSCH, VÚSCH), je touto metódou liečených iba malé percento pacientov. Ide o komplexné procedúry, ktorých hlavnou limitáciou sú dĺžka výkonu, dostatok kvalifikovaného personálu, technická vybavenosť a finančná náročnosť výkonov. Katétrová ablácia pre FP vyžaduje sofistikované technické vybavenie ablačných sál a dostupnosť špeciálneho zdravotného materiálu. U pacientov, ktorí nie sú vhodní na katétrovú abláciu FP a majú symptomatickú FP, eventuálne u nich zlyhala antiarytmická liečba, má svoje miesto kombinácia antiarytmík s implantáciou elektroimpulzogenerátora (tzv. hybridná liečba).

Antikoagulačná liečba

FP je rizikovým faktorom pre vznik cievnej mozgovej príhody (CMP) a ďalších tromboembolických komplikácií. FP zvyšuje riziko vzniku CMP až 5-násobne, no toto riziko závisí od prítomnosti ďalších rizikových faktorov/modifikátorov (prekonaná CMP, vyšší vek, artériová hypertenzia, štrukturálne postihnutie srdca, diabetes mellitus, srdcové zlyhávanie, ženské pohlavie) (1). Zavedenie stratifikácie rizika tromboembolických komplikácií pomocou skórovacieho systému CHA_2DS_2Vasc skóre významne zobjektívnila riziko u každého pacienta a umožnila lepšie implementovanie antikoagulačnej liečby. Adekvátnou antikoagulačnou liečbou je možné predísť až 2/3 CMP, ktoré súvisia s FP. Na druhej strane je u každého pacienta potrebné zohľadniť aj rizikové faktory krvácania. Rizikové faktory krvácania rozdeľujeme na modifikovateľné (artériová hypertenzia, vzostup systolického TK, konkomitantné užívanie NSAID a protidoštičkovej liečby, excesívny príjem alkoholu, non adhrenecia k antikoagulačnej liečbe, premosťovanie LMWH), nemodifikovateľné (vek 65 rokov, predchádzajúce veľké krvácanie, ťažké poškodenie obličiek, malignita, genetické faktory, prekonaná cievna mozgová príhoda, diabetes mellitus, demencia) a potenciálne modifikovateľné (extrémna krehkosť a riziko pádov, anémia, trombocytopénia, poškodenie obličiek). K dispozícii sú taktiež skórovacie systémy HASBLED, ABC-Bleeding. Aktuálne práce zdôrazňujú, že rizikovú stratifikáciu pacienta z hľadiska tromboembolického rizika, ako aj z hľadiska rizika krvácania, je potrebné realizovať opakovane a podľa aktuálneho hodnotenia upraviť terapeutický prístup. Aktuálny srdcový rytmus nepatrí k rizikovým faktorom tromboembolizmu a v prítomnosti vyššieho rizika by mala byť pacientom podávaná antikoagulačná liečba bez ohľadu na to, či majú aktuálne sínusový rytmus alebo FP (1). Pacienti s FP a s dlhšie trvajúcou AH alebo nekontrolovaným systolickým TK by mali byť kategorizovaní ako „vysoko-riziko“, a striktná kontrola TK v kombinácii s orálnou antikoagulačnou liečbou je dôležitá na redukciu rizika ischemickej CMP a ICH (intrakraniálneho krvácania).

Antikoagulačnej liečbe je v 2020 ESC odporúčaniach pre manažment FP venovaná kapitola 10: Manažment pacienta ABC schéma. Pod bodom A (**A**nticoagulation/Avoid Stroke –antikoagulačná liečba, prevencia CMP) (1).

Antiarytmiká

V posledných troch desaťročiach sa výskum nových antiarytmík pomerne utlmil. V reálnej klinickej praxi sa stále dominantne používajú „klasické“ molekuly. Napriek veľkému rozvoju ablačnej liečby FP majú antiarytmiká stále dominantné miesto v manažmente FP. Antiarytmická liečba redukuje symptómy FP. Pri výbere a používaní antiarytmík musíme brať do úvahy ich benefit vs. riziko. Ako ukázali klinické štúdie a každodenná klinická prax, kľúčovým rozhodnutím pri výbere antiarytmika je prítomnosť či neprítomnosť štrukturálneho postihnutia srdca. Platí zásada, že čím závažnejšie je organické ochorenie srdca, tým väčšie je riziko proarytmie. Optimálne liečba antiarytmikami má byť cielená, účinná a bezpečná.

Pred iniciáciou liečby antiarytmikom je potrebné poznať dôkladne anamnézu pacienta, konkomitantnú liečbu pacienta, 12-zvodové EKG. Antiarytmiká by nemali byť indikované pacientom s predĺženým QT intervalom, alebo pacientom s významnou dysfunkciou sínusového uzla či poruchou atrioventrikulárneho vedenia. Doplňujúce informácie o fibrilačnej záťaži a korelácii symptómov pacienta s výskytom FP nám poskytne napr. 24-hod. alebo viacdňový EKG Holter, záznam zo slučkového rekordéra alebo elektroimpulzogenerátor. Na posúdenie štrukturálneho postihnutia srdca treba mať k dispozícii echokardiografické (ECHOKG) vyšetrenie a ďalšie zobrazovacie metodiky (MRI srdca, CT srdca). Zobrazovacie

metodiky majú v manažmente pacienta s FP svoje významné miesto. Každý pacient už pri prvej epizóde FP by mal mať ECHOKG vyšetrenie, ktoré bude nápomocné pri rozhodovaní o ďalšej terapeutickej stratégii (napr. aj pri výbere antiarytmika). Antiarytmiká triedy I sa nesmú používať pri závažnom štrukturálnom poškodení srdca (napr. dysfunkcia ĽK, abnormálna hypertrofia ĽK, významná chlopňová chyba). Pred iniciáciou antiarytmickej liečby je dôležité vyhodnotiť výsledky laboratórnych vyšetrení: krvný obraz a základnú biochémiu (ionogram, hepatálne parametre a renálne parametre vrátane stanovenia glomerulárnej filtrácie, a tiež parametre funkcie štítnej žľazy). Je potrebné poznať konkomitantnú liečbu pacienta s cieľom reálne odhadnúť možné potenciálne závažné liekové interakcie – tabuľka č. 4 (2). Samozrejmosťou je adekvátna edukácia pacienta (a často i príbuzných).

Tabuľka č. 4: Vyhodnotenie potenciálnych interakcií antiarytmík (2)

Odporúčanie	Sila dôkazov
Vyhodnotiť možné interakcie indikovaného antiarytmika s konkomitantnou liečbou pacienta. Možno použiť webové stránky, napr. www.drugs.com (existuje aj mobilná aplikácia) alebo www.crediblemeds.org	Odporúča sa

V súčasnosti sa v klinickej praxi používa klasifikácia antiarytmík podľa Vaughana-Williamsa, ako je uvedené v tabuľke č. 5.

Tabuľka č. 5: Klasifikácia antiarytmík podľa Vaughana-Williamsa

Trieda	Mechanizmus účinku	Prípravky
I	Spomalenie fázy 0 (Vmax) akčného potenciálu pomocou inhibície rýchleho Na^+ kanálu.	IA: ajmalin, chinidín, prokainamid
		IB: trimekain, mexiletin
		IC: propafenon, flekainid, ibutilid
II	Kompetitívne blokátory betadrenergných receptorov a spomaľujú fázu 4. depolarizácie – betablokátory.	esmolol, metoprolol, bisoprolol, landiolol
III	Predĺženie repolarizácie (inhibícia K^+ kanálu).	amiodaron, dronedaron, sotalol, dofetilid, vernakalant
IV	Blokáda pomalého Ca^{2+} kanálov. Pôsobia najmä na tkanivá prevodového systému.	verapamil, diltiazem
Iné nezaradené antiarytmiká	Rôzne.	adenozín, digoxín

V spolupráci s ďalšími špecialistami je potrebné prehodnotiť konkomitantnú liečbu, ktorá môže viesť napr. k predĺženiu QT intervalu, a tým k proarytmogénnemu účinku. Práve tu sa často zabúda na možný vplyv nekardiovaskulárnych liekov: antihistaminiká, antipsychotiká, antidepresíva, antibiotiká, antivirotiká, prokinetiká atď. Prakticky to znamená najmä dôsledné vyhodnotenie 12-zvodového EKG pred iniciáciou antiarytmickej liečby z pohľadu možných prediktorov proarytmie. Počas podávania antiarytmickej liečby môže pozorná analýza dynamiky zmien EKG (intervalu PR, QT, trvanie a morfológia QRS komplexu) identifikovať riziko liekom navodenej proarytmie. V prípade patologického predĺženia QT intervalu je indikácia na prerušenie liečby antiarytmikom. Dĺžka QTc intervalu by nemala pri liečbe antiarytmikami (najmä trieda I a III) presiahnuť 500 ms. Pri antiarytmikách triedy IC by nemalo byť predĺženie QRS komplexu o viac ako 25 %. Liečba komplikovanejších pacientov s FP by mala byť sústredená do rúk špecialistov. Bežné kombinácie antiarytmík: antiarytmikum triedy I alebo amiodaron s betablokátorom alebo digoxinom je štandardným terapeutickým postupom. Ďalšie kombinácie antiarytmík by mali byť indikované špecialistami s klinickou skúsenosťou.

Antiarytmikám a ich použitiu je v 2020 ESC odporúčaniach pre manažment FP venovaná kapitola 10: Manažment pacienta ABC schéma. Pod bodom B (**B**etter symptom control = lepšia kontrola symptómov) (1).

Nearytmické lieky s antiarytmickými vlastnosťami („up stream" liečba)

Preventívnou („up stream") liečbou rozumieme prevenciu a ovplyvnenie remodelácie predsiení, ku ktorej dochádza pri vzniku a perzistencii FP. Podkladom preventívnej liečebnej stratégie je ovplyvnenie anatomického substrátu FP. Terapeutickým cieľom je teda zníženie rozsahu fibrózy, subklinického zápalu a oxidatívneho stresu. Použitie tejto liečby v primárnej prevencii môže zabrániť vzniku FP (napr. účinná liečba artériovej hypertenzie). Cieľom „up stream" liečby v sekundárnej prevencii je predchádzať ďalším

recidívam FP u pacientov s dokumentovanou FP. Najviac dát pre „up stream" liečbu v primárnej a sekundárnej prevencii majú lieky zasahujúce do systému renín – angiotenzín – aldosterón. Inhibítory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEI) a blokátora receptora pre angiotenzín (sartany): v predklinických štúdiách majú dokázaný preventívny účinok na vznik FP. V retrospektívnych štúdiách bolo dokázané, že ACEI/sartany môžu mať preventívny účinok na vznik FP u pacientov s dysfunkciou ĽK, hypertrofiou ĽK alebo artériovou hypertenziou. Pri iniciácii liečby ACEI/sartanmi majú významnejší účinok v prevencii vzniku FP oproti iným skupinám antihypertenzív (1). Vzhľadom na význam hypertenzie ako vyvolávajúceho faktora pre FP, ktorá by sa mala považovať za prejav poškodenia cieľového orgánu hypertenzie, je u pacientov s FP povinná liečba AH v súlade so súčasnými odporúčaniami, s cieľom dosiahnuť TK ≤ 130/80 mmHg. Pri iniciácii antihypertenzívnej liečby je nutná kombinovaná antihypertenzívna liečba (preferenčne vo fixnej kombinácii) u väčšiny pacientov. U pacientov s artériovou hypertenziou a FP je taktiež iniciálna liečba dvojkombinácia ACEI (alebo ARB) + betablokátor alebo nondihydropyridínový blokátor kalciového kanála, alebo betablokátor + blokátor kalciového kanála. Rutinná kombinácia betablokátora s nondihydropyridínovým blokátorom kalciového kanála sa neodporúča pre potenciálnu významnú redukciu pulzovej frekvencie (3).

Antagonisty mineralokortikoidných receptorov (MRA): ako dokázali staršie štúdie, liečba MRA u pacientov so srdcovým zlyhaním s redukovanou EF ĽK viedla k nižšiemu výskytu FP. Nedávno publikované dáta ukázali, že liečba MRA je protektívna z hľadiska FP aj u pacientov so srdcovým zlyhaním so zachovanou EF ĽK (1).

Betablokátory: viaceré dáta nepotvrdili jednoznačnú úlohu v „up stream" liečbe u pacientov s FP. Klinický efekt podávania betablokátorov u pacientov s FP je potlačenie symptómov a FP je následne klinicky asymptomatickou (1).

Statíny: Vo všeobecnej populácii pacientov sa na základe randomizovaných štúdií nepotvrdil pozitívny efekt v prevencii FP. No v špecifických skupinách pacientov môžu statíny viesť k pozitívnej remodelácii. Podľa registra CARAF pacienti, ktorí užívajú betablokátory, môžu mať pozitívny efekt v prevencii FP po pridaní statínu (1).

Záver

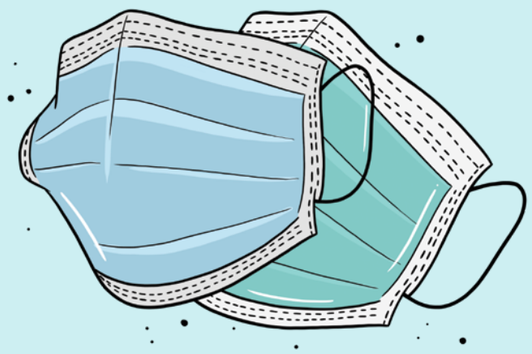
Fibrilácia predsiení je ochorenie s vysokou incidenciou a prevalenciou, ktoré vyžaduje komplexný prístup. V predkladanom prehľade je uvedených niekoľko základných a aktualizovaných poznatkov o fibrilácii predsiení a artériovej hypertenzii a jej manažmente v súlade s 2020 Odporúčaniami pre manažment fibrilácie predsiení.

Literatúra:

1. Hindricks G., Potpara T., Dagres N., et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2020 Aug 29:ehaa612. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612. Epub ahead of print. PMID: 32860505.
2. Dan G. A., Martinez-Rubio A., Agewall A. et al. Antiarrhythmic drugs–clinical use and clinical decision making: a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Cardiovascular Pharmacology, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) and International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy (ISCP Europace (2018) 20, 731–732.
3. Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018; 39:3021–3104.

Kontakt:

MUDr. Anna Vachulová, PhD.
Kardiologická klinika Lekárskej fakulty UK a Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava
Pod Krásnou hôrkou 1
833 48 Bratislava
tel. č.: 02/59320264
e-mail: anna.vachulova@nusch.sk



Správa národného koordinátora kardiovaskulárnej prevencie k súčasnej zdravotnej situácii v Slovenskej republike

V Slovenskej republike je výsostne aktuálna otázka nízkej zaočkovanosti populácie proti Covid vírusu. V médiách vystupujú niektorí politici ako veľkí zástancovia dobrovoľnosti pri očkovaní. Možno tento postup je účinný pri získavaní niektorých voličov, ale v princípe je úplne nesprávny. Ide tu o verejné zdravie, ktoré je nadradené nad osobnú slobodu. Ako k tomu príde zdravotná sestra alebo sanitárka, ktorá bude ošetrovať nezaočkovaného pacienta s Covidom a sama sa pritom nakazí, prípadne nakazí aj svoju rodinu? Alebo podnikateľ, ktorý bude musieť pre tretiu vlnu pandémie zatvoriť svoju prevádzku, pretože na Slovensku bude nízka zaočkovanosť? Domnievam sa, že tí „experti“ na očkovanie, ktorí sa odmietajú dať zaočkovať, by mali hradiť svoje ošetrenie pri tejto chorobe z vlastného vrecka, prípadne by sa mohli dať zvlášť poistiť proti tejto chorobe v komerčnej poisťovni, a z tejto poistky by potom hradili prípadné náklady. Áno, ide tu o negatívnu ekonomickú stimuláciu, v tomto prípade celkom oprávnenú. Podobne to funguje v každom poistnom systéme, plnenie nastáva len pri splnení stanovených podmienok.

Naproti tomu je potrebné zaviesť pozitívnu ekonomickú stimuláciu na znižovanie úrovne rizikových faktorov, progresivitu v otázke zdravia. Zdravotné poisťovne by nemali považovať životný štýl pacientov len za ich súkromnú záležitosť, pretože výrazne ovplyvňuje náklady na verejné zdravotníctvo. Naopak, nič nebráni tomu, aby pacient, ktorý je indikovaný na farmakologickú liečbu hypercholesterolémie, si zmenou stravovania zníži hladinu cholesterolu tak, že už nevyžaduje lieky, bol zdravotnou poisťovňou odmenený. Alebo obézny pacient s vysokým krvným tlakom schudne tak, že na liečbu hypertenzie potrebuje menej liekov, alebo dokonca žiadne. Odmenený by mal byť aj lekár, ktorý dokáže pacienta týmto spôsobom motivovať. To je cesta nielen na znižovanie nákladov na farmakoterapiu, ale aj na zvyšovanie priemeru hodnoty zdravého života v SR.

V súčasnosti sa vedú diskusie o investíciách do zdravotníctva z plánu obnovy. Zasa sme svedkom jednoduchých extenzívnych riešení: postavme nové nemocnice, zlepšime ich vybavenie, doplňme zdravotníckych pracovníkov, zvýšme im mzdu a pod. Ale to je cesta do čiernej diery s neustálym zvyšovaním nákladov, resp. s problémovou udržateľnosťou financovania. Správna cesta je nastavenie systému tak, aby bolo menej chorých a menej chorôb. Pritom väčšinou ide o odvrátiteľné choroby, napr. až 80 % kardiovaskulárnych ochorení je preventabilných. Teda riešenie je jednoduché: účinná prevencia.

V oblasti primárnej prevencie sú pravidelné preventívne prehliadky len prvým krokom. Bolo by potrebné, aby sa zbierali údaje od praktických lekárov pre dospelých (PLD) z každej preventívnej prehliadky. Hlásili by sa hodnoty: celkového cholesterolu, LDL, TG, glukóza, výška, hmotnosť a obvod pása, fajčenie, vek, pohlavie a krvný tlak. Sem patrí aj výpočet kardiovaskulárneho rizika na nasledujúcich 10 rokov, ktorý sa dá z rizikových faktorov ľahko vypočítať, môže sa tu uplatniť automatické vypočítavanie na webovej stránke HeartScore (v slovenskom jazyku). Tým by sa získali reprezentatívne údaje o úrovni rizikových faktorov v SR, o ich zmenách v priebehu času, aj o úspešnosti každého PLD pri znižovaní ich úrovne (parameter kvality pre jednotlivých PLD po adjustácii na vekové a pohlavné zloženie súboru, prípadne aj na lokalitu). Každý poistenec by poznal úroveň svojho rizika a tiež by dostal informáciu, ako sa zmení jeho celkové riziko pri zmene niektorého rizikového faktora. Úspešní poistenci by mali byť zdravotnou poisťovňou bonifikovaní.

V oblasti sekundárnej prevencie s radosťou môžem konštatovať, že náš program „Ambulantná kardiovaskulárna rehabilitácia/sekundárna prevencia“ bol 1. 7. 2021 schválený ministerstvom zdravotníctva ako štandardný preventívny postup. Teraz ho čaká náročná implementácia do praxe a potrebuje aj mediálnu podporu.

Tiež je potešujúce, že sa pripravuje vytvorenie medicínskeho inštitútu, ktorý bude vyhodnocovať efektivitu nových medicínskych výkonov, liekov a pomáhať laickej verejnosti orientovať sa v širokej palete výživových doplnkov a voľnopredajných liekov. Dúfam, že pomôže formovať verejnú mienku k jednoznačným liečebným zmenám životného štýlu na patričnej úrovni.

Je skutočnosťou, že väčšinu z týchto opatrení sme zahrnuli do projektu Domu srdca v Martine, v rámci projektov Svetovej banky pre Ministerstvo zdravotníctva SR, s názvom „Analýza možností financovania prevencie v SR“. Projekt bol akceptovaný na gremiálnej porade ministra Kováča v r. 2001 s jeho komentárom: „Je to dobré, ale je to hudba budúcnosti.“ Nemýlil sa...

doc. MUDr. Štefan Farský, CSc., FESC, národný koordinátor kardiovaskulárnej prevencie pre SR v rámci European Society of Cardiology, European Association of Preventive Cardiology, predseda Slovenskej ligy proti hypertenzii a predseda pracovnej skupiny kardiovaskulárnej rehabilitácie pri Slovenskej kardiologickej spoločnosti

INZ 01 – 03/2021

EUROLAB LAMBDA
www.modernaambulancia.sk

PocketChem™ UA
močový analyzátor
- špičková japonská kvalita
- 10 parametrové prúžky

arkray

Celercare M5
biochemický analyzátor pre ambulancie
MNCHIP
NOVINKA
Miniatúrne biochemické laboratórium za skvelú cenu!
- plnoautomatický systém
- 27 biochemických parametrov vrátane minerálov

overená kvalita
spoľahlivosť

LabPad® INR
prístroj na stanovenie PT/INR
avalun
- jednoduchá hygienická manipulácia
- patentovaná optická metóda merania
- laboratórna presnosť a správnosť výsledku

STANDARD F200
multiparametrový imunofluorescenčný analyzátor
SD BIOSENSOR
CRP • FOB kvantita • D-Dimer • Troponin I • NT-proBNP • HbA1c • β-hCG • TSH-II • Influenza A/B • Borelióza a iné
COVID-19: • protilátky IgM / IgG (postvakcinačné + po prekonanom ochorení)
• vírusový antigén (výter z nosohltana a z nosa)

EUROLAB LAMBDA a.s. • T. Milkina 2 • 917 01 Trnava
tel.: 033 / 5341 448-9 • eurolambda@eurolambda.sk

MEDICÍNSKE REPREZENTANKY
Anastázia Krkošeková • 0949 302 600 • BA • TT • NR • TN
MVDr. Marcela Puklušová • 0911 538 740 • ZA • BB • TN • PO
MVDr. Janka Ďorková • 0902 089 951 • KE • PO

INZ 02 – 03/2021

Poučenie o očkovaní uľahčí pacientovi a pomôže lekárovi

Všeobecní lekári pre dospelých a pediatri môžu od 1. júla 2021 vo svojich ambulanciách očkovať pacientov proti ochoreniu COVID-19 očkovacou látkou Comirnaty od spoločnosti Pfizer/BioNTech. Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) v spolupráci s advokátskou kanceláriou h&h PARTNERS pripravila pre pacientov a všeobecných lekárov zrozumiteľné poučenie pred očkovaním vakcínou Comirnaty dostupné online, ale aj v ambulancii lekára. Cieľom tejto aktivity je transparentne pripraviť pacienta na očkovanie a dať mu objektívne informácie k tomuto výkonu. Lekárom sa súčasne uľahčuje odber informovaného súhlasu. Tým sa zabezpečuje partnerský a vyrovnaný vzťah medzi pacientom a lekárom.

„Pre samotnú realizáciu výkonu je dôležité, aby zdravotnícky pracovník dostatočne a preukázateľne poučil pacienta o očkovaní a získal jeho informovaný súhlas. Očkovanie proti COVID-19 už od svojho počiatku nebolo len medicínskou témou, ale okamžite sa stalo predmetom mýtov, legiend a hoaxov o čipovaní, či pochybných plánoch farmaceutických firiem. Je ideálne, aby sa pacient stal partnerom lekárovi, a aby nemusel informácie, ktoré ho zaujímajú, vyhľadávať v pochybných zdrojoch," hovorí prezident SSVPL Peter Makara.

I keď sa na internete dnes dá nájsť množstvo informácií o očkovaní, doposiaľ nebolo pripravené zrozumiteľné a objektívne poučenie pre pacienta, ktoré by mu malo umožniť prijať slobodné rozhodnutie k očkovaniu, a ktoré by uľahčilo lekárovi proces informovania pacienta a získania jeho súhlasu.

„SSVPL a Slovenská spoločnosť primárnej pediatrickej starostlivosti (SSPPS) spoločne s advokátskou kanceláriou h&h PARTNERS dali hlavy dokopy a výsledkom je komplexný komunikačný model informovaného súhlasu, ktorý je využiteľný v každej ambulancii. Poctivo a zrozumiteľne dávkuje pacientovi informácie vyžadované zákonom, pomáha lekárovi zodpovedať pacientove otázky už pred vstupom do ambulancie, nie je zbytočne komplikovaný a chráni ambulanciu pred rizikami, ktoré sa dajú preventívne ošetriť," vysvetľuje Makara.

Podľa zákona o liekoch je ošetrujúci lekár povinný pred podaním imunobiologického lieku aj bez vyzvania pacienta mu poskytnúť príbalový leták podaného lieku (vakcíny). Splnenie tejto povinnosti si však netreba zamieňať so splnením povinnosti poučiť pacienta a získať od pacienta pred očkovaním informovaný súhlas.

„Poučenie musí obsahovať informácie o účele, povahe, následkoch, kontraindikáciách a rizikách vakcinácie danou očkovacou látkou, ako aj informácie o dostupných alternatívach a rizikách odmietnutia očkovania. Odborné usmernenie, ktoré vydalo Ministerstvo zdravotníctva SR práve na účely realizácie očkovania proti COVID-19 v ambulanciách všeobecných lekárov a pediatrov, určuje, že súčasťou zdravotnej dokumentácie je nielen poučenie a informovaný súhlas pacienta s očkovaním, ale aj anamnestický dotazník. Okrem iného sa v rámci usmernenia vyžaduje, aby pacient informovaný súhlas a anamnestický dotazník podpísal," dopĺňa právnik Ivan Humeník z advokátskej kancelárie h&h PARTNERS.

Informovaný súhlas s názvom Ambulancia obsahuje odkaz na rozšírené poučenie a vyhlásenie pacienta, že bol v tomto rozsahu o očkovaní zo strany lekára aj poučený. Lekár bude môcť pacienta už pri pozývaní na očkovanie informovať o tom, že všetky informácie o očkovaní očkovacou látkou Comirnaty nájde na internetovej stránke ambulancia.online. Celé poučenie si pacient môže stiahnuť vo formáte pdf z tejto stránky. Poučenie obsahuje aktívne odkazy na PIL vakcíny, ako aj formulár hlásenia nežiaducich účinkov.

„Pri príprave modelu informovania o očkovaní sme pamätali aj na pacientov, ktorí nemajú prístup na internet. Lekár má k dispozícii rozšírené poučenie v tlačovej podobe a s väčším čitateľným fontom, ktoré si vytlačí a umiestni do čakárne ambulancie. Súčasťou stratégie je aj komunikačný plagát, ktorý obsahuje QR kód a URL link," dodáva Humeník s tým, že odborné spoločnosti SSPPS a SSVPL budú svojim členom v týchto dňoch zasielať informácie, ako by mali ambulancie postupovať a ako pripravené dokumenty používať.

Všetky podklady sú bezplatne dostupné aj na internetovej stránke medipravnik.sk v sekcii Dokumenty, a stiahnuť si ich môže každý, kto ich chce pri očkovaní použiť.

Naše prípomienky k novele zákona o liekoch

Ministerstvo zdravotníctva SR dalo v ostatnom čase do medzirezortného pripomienkového konania dve pomerne rozsiahle novely zákonov, resp. aj úplne nový zákon o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (ďalej aj ako „SSVPL") využila svoje právo a podala k uvedeným novelám cestou advokátskej kancelárie h&h Partners viaceré zásadné pripomienky.

Asi najpodstatnejšiu pripomienku podala SSVPL k novele zákona o liekoch, v ktorej sa **plánuje úplne vypustiť možnosť lekára uviesť na predpis aj názov lieku.** V ustanovení, kde bola zavedená tzv. generická preskripcia, bola stále možnosť lekára uviesť aj názov lieku, čo má svoje medicínske odôvodnenie.

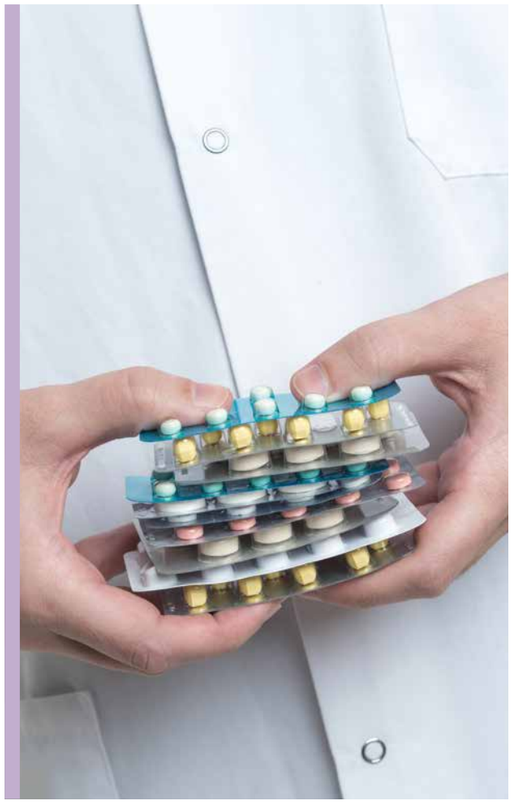
V prvom rade sme namietli, že samotné Ministerstvo zdravotníctva SR vôbec nezdôvodnilo, prečo prichádza s touto novinkou, prečo je toto ustanovenie nesprávne a pod. V dôvodovej správe sa len stručne uvádza: *„Po viac než desiatich rokoch od zavedenia generickej preskripcie možno generickú preskripciu považovať za dostatočne etablovaný spôsob predpisovania liekov, preto považujeme uvádzanie názvov liekov za nadbytočné."* Podľa SSVPL bola v praxi etablovaná práve možnosť uviesť aj názov lieku, ak na to existujú dôvody (najmä pri chronických pacientoch). Nie je správny záver, že ak generická preskripcia na Slovensku funguje, je možné do nej zasiahnuť. Ak sa zhodneme, že komplexné pravidlá generickej preskripcie dnes fungujú, potom toto konštatovanie platí na základe celej komplexnej právnej úpravy. Neplatí, že ak vo fungujúcom modeli zmeníme jednu podstatnú časť, model bude rovnako dobre fungovať ďalej. Preto považujeme už samotné odôvodnenie zmeny v danom ustanovení za nedostatočné, nelogické a vzájomne si odporujúce. Ak model funguje, je určite správne ho nemeniť presne tak, ako novela ponecháva aj iné ustanovenia zákona bez zmeny, keďže zrejme nie je potreba ich meniť.

Na deklarovanie vhodnosti dnešnej úpravy je možné použiť prakticky totožné argumenty, ktoré stáli pri zavedení uvedených pravidiel do zákona v roku 2011. Možnosť predpisujúceho lekára uviesť (v odôvodnených prípadoch) aj názov lieku malo svoje ratio už v čase prijímania súčasnej právnej úpravy, a tieto dôvody neodpadli.

V podanej pripomienke sme okrem vyššie uvedeného detailne rozobrali nasledovné okruhy, prečo považujeme za dôležité ponechať súčasné znenie:

- **prakticky rovnaký výsledok ako uvedením názvu lieku na predpise je možné dosiahnuť aj cestou § 119 ods. 6 zákona o liekoch, a teda zakázaním výdaja náhradného lieku.** Doteraz v zásade zákon pozná dva typy vymedzenia odporúčania konkrétneho lieku:
  1. pozitívne – v ods. 5 uvedená veta: lekár môže z viacerých liekov v danej skupine uviesť jeden odporúčaný (mal by to robiť z medicínskych dôvodov, hoci tie sa v tomto ust. doteraz neuvádzajú).
  2. negatívne vymedzenie – ods. 6: lekár môže z viacerých liekov v danej skupine uviesť viacero liekov, ktoré zakazuje vydať – a to explicitne z medicínskych dôvodov.
  Nie je dobre známy dôvod, prečo pri pozitívnom vymedzení doposiaľ „medicínsky dôvod" nebol uvedený. Pozitívne vymedzenie má praktický význam a šetrí čas, pretože lekár nemusí zakazovať vydať napr. 9 z 10 liekov v danej skupine, aby tak „odporučil" jeden liek. Podporujeme preto túto formu predpisovania liekov a nie negatívne vymedzenie, ktoré je nepraktické a aj preto sa neujalo. Ak Ministerstvo zdravotníctva SR nemieni ponechať doterajšiu právnu úpravu, ako kompromisný návrh sa javí súčasné znenie s doplnením na konci vety o text: „z medicínskych dôvodov".
- **adherencia pacienta na liečbu** – nonadherencia, ktorú WHO identifikovala ako zásadný problém zdravia populácie, je dôležitý a modifikovateľný faktor, ktorý znižuje účinnosť liečby a negatívnym spôsobom poznamenáva zdravotný stav populácie, znamená výrazný vzostup nákladov. V správaní pacienta po vyzdvihnutí lieku podľa autorov Vawter et al [5] dominujú neschopnosť zapamätať si pokyny (32,40 %), komplikovanosť užívania (28,40 %), cena lieku, a tým „šetrenie" poddávkovaním (22,60 %), nežiaduce účinky liekov (12,50 %). Ak pacient užíva napríklad 4 lieky, ktoré majú 3 generické formy (rozličné farby škatuliek, tvar tablety, rozličnú farbu tabliet, rozličné balenie: blister, liekovka), tak existuje až 81 možných kombinácií, ktoré môže lekárnik vydať. Ak sa pacientovi s chronickými ochoreniami, ktorý berie 4 a viac liekov, vydá každý mesiac iná kombinácia liekov, ktoré užíva, je vysoko pravdepodobné, že sa naruší nielen compliance k liečbe, ale je aj vysoký predpoklad, že pacient bude lieky nesprávne užívať, alebo dôjde k predávkovaniu alebo poddávkovaniu niektorých liekov s rovnakou účinnou látkou, no v inom balení.
- **praktická nemožnosť hlásenia nežiaducich účinkov liekov** – ak pacient berie napr. lieky na cholesterol, lieky na vysoký krvný tlak a prípadne aj proti zrážanlivosti krvi, je možné, že pri každom výdaji lieku budú pacientovi vydané iné balenia. Balenia liekov sa často líšia v tvare, farbe tablety, tvare a označení balenia a pod. V praxi môže vznikať mnoho kombinácií, ak pacient pri výdaji liekov bude obmieňať lieky na uvedené ochorenia. Ak pacient bude lekárovi hlásiť isté ťažkosti, lekár nebude môcť ustáliť, či ide o nežiaduci účinok lieku. Ak by to podozrenie mal, nebude môcť ustáliť, ktorý liek spôsobuje nežiaduce účinky. Je pomerne nízka šanca, že pacient bude vedieť dôsledne odsledovať zmeny a správne ich lekárovi interpretovať.
- **bioekvivalencia** – dva lieky obsahujúce rovnaké liečivo sú bioekvivalentné, ak sú farmaceuticky ekvivalentné a ich biologická dostupnosť po podaní v rovnakej dávke je v rámci preddefinovaných limitov. Biologická dostupnosť znamená v praxi podmienky (i), za ktorých sa perorálne podané liečivo v určitej dávke dostane v nezmenenej forme do systémovej cirkulácie, (ii) rýchlosti a miery absorpcie liečiva do krvi. Z toho je zrejmé, že niektoré liečivá, hoci ich zloženie je podobné, majú rôznu bioekvivalenciu. Tieto podmienky je potrebné individuálne pri pacientoch zvažovať z medicínskeho hľadiska. Ide o odôvodnený postup lege artis, ktorý je podporený o odbornú literatúru. Navrhovanou zákonnou úpravou lekár stráca možnosť v medicínsky odôvodnených prípadoch pacientovi uviesť liek, ktorý aj z hľadiska bioekvivalencie a farmakokinetiky bude pre pacienta vhodný.

Okrem uvedenej zásadnej pripomienky ku generickej preskripcii a možnosti uvádzania aj názvu liekov podala SSVPL k novele zákona o liekoch aj nasledovné dve pripomienky:



- **zodpovednosť odborného lekára aj za správne vypísanie diagnózy pacienta pri odporúčaní odborného lekára na predpisovanie liekov** – v tomto smere sa do zákona má zaviesť (aj na základe opakovaných apelov SSVPL) pozitívna vec, a to explicitne definovaná zodpovednosť odborných lekárov. Za správny výber liečiva alebo humánneho lieku, cesty podania, liekovej formy, množstva liečiva v liekovej forme, veľkosti balenia, počtu balení a dávkovania lieku pri predpisovaní humánneho lieku všeobecným lekárom na základe odporúčania odborným lekárom má byť zodpovedný práve odborný lekár. Túto zmenu kvitujeme, no v pripomienke sme navrhli doplniť explicitne aj zodpovednosť **za určenie diagnózy vyjadrenej písmenom a číslovkami podľa platnej medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a pridružených zdravotných problémov.** Určenie správnej diagnózy na preskripčnom zázname vyžaduje § 120 ods. 1 písm. i zákona. V praxi sa stávalo, že odborný lekár nesprávne označil číslo diagnózy pacienta (hoci iné údaje boli správne), resp. nepoužil správne klasifikáciu. Všeobecný lekár sa následne mohol snažiť len trafiť myslenú diagnózu, čo už viedlo k vyvodeniu zodpovednosti za nesprávne uvedenie diagnózy na preskripčnom zázname.
- **rozšíriť zodpovednosť štátu za škodu súvisiacu s podaním očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19 nielen v prípade ich schválenia „na výnimku", ale aj pri riadnej registrácii** – keďže objektívna zodpovednosť poskytovateľa pri podaní liečiva alebo použití prístroja je formulovaná prísne a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nesie zodpovednosť za prípadnú škodu na pacientovom zdraví aj napriek skutočnosti, že manažment pacienta a očkovacia látka bola podaná správne, tak sa domnievame, že štát má prevziať časť objektívnej zodpovednosti za prípadné škody na zdraví a na živote nielen pri vakcínach, ktoré sa môžu použiť na základe povolenia na terapeutické použitie pre skupinu pacientov, tzv. na výnimku (ako je to doteraz), ale aj pri vakcínach proti ochoreniu COVID-19, pre ktoré bolo vydané povolenie na uvedenie humánneho lieku na trh (registrácia humánneho lieku). Cieľom pripomienky a tomu zodpovedajúcej zmeny právnej úpravy je nielen eliminovať obavu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale súčasne aj motivovať zapojenie ambulantných poskytovateľov zdravotnej do národnej vakcinačnej stratégie proti COVID-19.

Nový zákon o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti – týka sa aj ambulancie všeobecného lekárstva

Ministerstvo zdravotníctva SR popri plánovanej veľkej zmene v kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti v rovnakom legislatívnom konaní plánuje aj viaceré novinky vo vzťahu k všeobecným ambulantným poskytovateľom. Má za cieľ nanovo nastaviť a sledovať minimálnu sieť, a teda dostupnosť lekárov najmä v odľahlých miestach, a súčasne je možnosť aj finančne podporiť nové ambulancie a nové pracovné miesta pre lekárov. Myšlienka je to vo svojej podstate správna a bližšie sa o uvedených zmenách dozviete v samostatnom článku.

Aj pri dobrej myšlienke je možné nájsť stále možnosti na zlepšenie, a preto SSVPL podala pripomienky aj v tomto procese.

V prvom rade sa SSVPL zdá, že ako novinky vo sfére poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa opäť zavádzajú rôzne byrokratické povinnosti. Štátne orgány pomerne ľahko zavedú rôzne (podľa ich mienky zrejme nevinné) povinnosti evidenčného a štatistického charakteru. Pritom opomínajú, že ambulancie sú už teraz nesmierne zaťažené rôznymi administratívnymi povinnosťami a nemajú čas venovať sa pacientom. Koniec koncov na to priebežne naše združenie upozorňuje. Nemali by sa teda pri legislatívnych novinkách zavádzať nové administratívne povinnosti, ale skôr okresávať. V novele tak napríklad ministerstvo plánuje zaviesť povinnosť ambulancií hlásiť samosprávnemu kraju údaje o neprijímaní pacientov s bydliskom mimo svojho obvodu z dôvodu, že by tým prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie. Cieľom je, aby mali orgány prehľad o kapacitách pre nových pacientov v existujúcich ambulanciách. Forma povinnosti hlásenia je však komplikovaná, navyše zneisťuje ambulancie, pretože znie nejednoznačne – nie je zrejmé, či je naďalej možné neprijímať pacientov v doterajšom režime. Preto pripomienka smerovala k obmedzeniu byrokratickej záťaže a súčasne k presnejšej formulácii, aby bolo zrejmé, či sa niečo mení v doterajších možnostiach ambulancie neuzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ad hoc podľa vyťaženia, ak nenahlásia celkové neprijímanie podľa novely zákona.

Tiež sa pripomienky podané zo strany SSVPL venujú situáciám, keď nová alebo existujúca ambulancia dostane finančný príspevok zo strany ministerstva na posilnenie kapacít. Dobrá myšlienka poskytnutia finančného príspevku súčasne zavádza rôzne povinnosti pre danú ambulanciu. Niektoré sú logické, ako napr. udržať pracovné miesto a pod. Myslíme si však, že popri pozitívnej veci (akou je príspevok) by nemalo byť cieľom ďalšími (negatívnymi) podmienkami nakresliť istý ideálny model. Prílišnými podmienkami a obmedzeniami poskytovateľov, ktorým bol poskytnutý príspevok, sa samotný príspevok môže minúť účinkom. Príspevok nemusí na motiváciu stačiť, ak ho budú negovať nedôvodné príkazy a povinnosti.

Ak v istej lokalite urgentne chýbajú všeobecní lekári (napr. niekde ordinujú len jeden deň), je obrovským benefitom, že do siete pribudne lekárska kapacita v rozsahu 35 ordinačných hodín týždenne. Už len táto skutočnosť, ak v odľahlej lokalite budú mať obyvatelia lekára dostupného každý deň v týždni, je prakticky vyriešením ich problému.

Preto klásť rôzne ďalšie podmienky, ako je najmenej jeden deň v týždni poskytovať zdravotnú starostlivosť do 17.00, nie je dôvodné. Podobné podmienky môžu odradiť záujemcov, a teda snahou docieliť isté ideálne riešenie sa nemusia dostaviť žiadne benefity.

SSVPL uviedla tiež v pripomienkach prípady, keď požaduje už zavedené administratívne povinnosti prehodnotiť a zaviesť iný model. Ide napr. o pomerne novú povinnosť evidovať zákaz (alebo jeho odvolanie) pacientov so sprístupnením ich zdravotnej dokumentácie príbuzným a tiež poskytovanie potvrdenia alebo stanoviska príbuzným alebo ústavným poskytovateľom o tom, či daný pacient takýto zákaz sprístupnenia dokumentácie uskutočnil, alebo nie. O detailoch sme vás informovali v nedávnom článku k tejto téme.

Naša spoločnosť SSVPL zásadne nesúhlasí s uvedenou úpravou, keďže neúmerne byrokraticky zaťažuje ambulancie všeobecného lekárstva. Zaťažovanie vzniká pri evidencii zákazu podľa § 18 ods. 4 zákona o zdravotnej starostlivosti a jeho odvolávaní, ale najmä priebežne pri zisťovaní, či takýto zákaz nebol evidovaný. Myslíme si, že uvedená evidencia zákazu poskytovania a sprístupňovania údajov zo zdravotnej dokumentácie by mala byť procesne upravená inak, napr. elektronicky cestou NCZI. V súčasnej dobe elektronického zdravotníctva je namieste, aby uvedený zákaz mohla osoba evidovať sama, a takýto zákaz bude automaticky prístupný všetkým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, najmä ústavnej.

Uvedené legislatívne procesy budeme ďalej sledovať a presadzovať zohľadnenie a zapracovanie pripomienok na každej z legislatívnych úrovní.

Ordinácia pár minút od domu

Ak by nás doktorka Petra Zbojeková z Moravian nad Váhom nechala hádať, kde sa zoznámila s dnešným manželom, asi by nikto neuhádol. Zoznámili sa, do oka si padli a spoločnú reč i život našli, vo väznici v Leopoldove. Ona tam totiž bola lekárkou a on riaditeľom tohto ústavu na výkon trestu odňatia slobody. Aj vo väzení lekárov treba. Počas práce v Leopoldove okrem nového vzťahu stihla ukončiť aj špecializačné štúdium všeobecného lekárstva. Po ukončení štúdia napísala do obcí a zdravotníckych zariadení v regióne listy s ponukou kvalifikácie všeobecného lekára.

Odpoveď prišla z Moravian nad Váhom – obce kúsok od Piešťan. Má takmer dva a pol tisíc obyvateľov a je známa z učebníc histórie, lebo v jej chotári archeológovia objavili praveké sídlo lovcov mamutov a množstvo starých pracovných nástrojov, zbraní a šperkov. Najvzácnejší z objavov je dnes na Bratislavskom hrade v expozícii Klenoty dávnej minulosti Slovenska. Ide o Venušu z Moravian, sošku ženy vyrezanej približne pred 22 800 rokmi z mamutieho kla, najstarší doklad výtvarného prejavu na Slovensku.

Uprostred obce

Uprostred Moravian je neskororenesančný kaštieľ zo šestnásteho storočia a pár krokov od neho veľký polyfunkčný objekt s bytmi, kaviarňou, miestnym úradom a zdravotným strediskom s priestrannými ordináciami všeobecného lekára aj zubára a lekárňou. Tam doktorka Zbojeková ordinuje ostatné dva roky. Moraviansky miestny úrad sa na jej list ozval až po čase, keď sa zdalo, že sa uvoľní miesto všeobecného lekára. Jej predchodca, lekár v dôchodkovom veku, oznámil, že zvažuje odchod. Obec našla náhradu a mladá lekárka prácu, dokonca v obci, kam sa pred pár rokmi prisťahovala.

Kariérny postup rodáčky z Nitry sa môže podobať postupom viacerých mladých Sloveniek, ktoré sa rozhodli pre lekársku dráhu. Životná cesta s viacerými peripetiami, zmenami pracovísk, dozrievaním názorov, konfrontáciami v súkromnom i profesionálnom živote. K štúdiu medicíny ju priviedlo priateľstvo so spolužiačkou na gymnáziu. V treťom ročníku si po úspešnej stredoškolskej odbornej činnosti vybrali semináre z biológie a chémie, a začali uvažovať o štúdiu medicíny. Na Jesseniovu lekársku fakultu Univerzity Komenského v Martine ju prijali na prvý raz, kamarátku zasa na prvý raz do Brna. Tá sa po promócii vrátila do Nitry – do ambulancie všeobecného lekára.

Hľadanie miesta

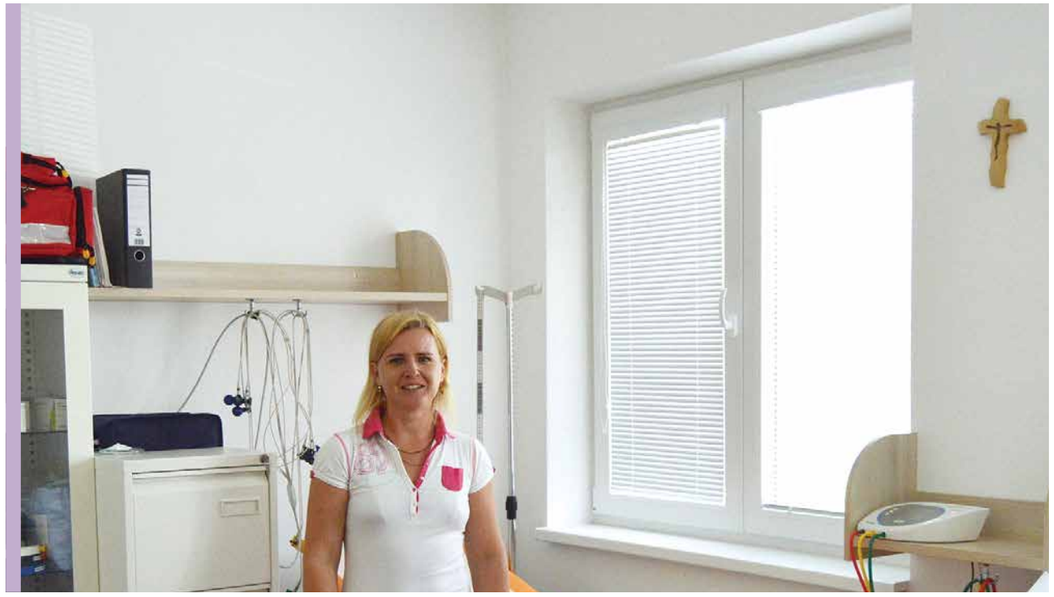
Je z učiteľskej rodiny, nuž z domu nepoznala, čo všetko práca lekára prináša. Promovala v roku 2008. Jazykové znalosti ju priviedli k otázke, či neskúsiť pracovať v zahraničí. Zostalo však len pri úvahách. Školu končila už ako tehotná a vtedajší manžel by do sveta nešiel. Ešte počas štúdia ju zaujala detská onkológia, tá bola aj pracoviskom, kam išla po štúdiu na prvý pracovný pohovor. Primárka oddelenia ju ako matku malého dieťaťa odhovárala od začiatku

medicínskej praxe práve v takomto psychicky veľmi náročnom prostredí. Počúvla ju a hľadala inde.

Nemčinu a angličtinu začala využívať v piešťanských kúpeľoch, no najmä vzhľadom na časovo nie ideálne pracovné podmienky pre matku dvojročného dieťaťa sa rozhliadala aj inde. Napríklad v ambulancii súkromného lekára alebo v železničiarskej ambulancii v Trnave. Porovnávala plusy i mínusy. Trnava napríklad predstavovala denne najmenej hodinu cesty z domu, práve toľko domov aj s presadaním. Preto chcela pracovať tam, odkiaľ to bude najbližšie k druhému dieťaťu. Občas sa však aj dnes prichytí pri úvahách, či by napríklad práca učiteľky nebola pre matku organizačne menej náročná než post mladej lekárky. Pri rozhodovaní sa pre ambulanciu v tejto obci jej pomohlo aj to, že manžel po odchode z postu riaditeľa väznice odišiel do výsluhového dôchodku a mohol sa starať o poldruha ročnú dcérku a ona by mala do a z práce v Moravanoch iba pár minút peši.

Štartovné

Získať ambulanciu v obci, kde býva, však neznamenalo iba zájsť po kľúče. Dnes sa do nej vchádza cez peknú, príjemne pôsobiacu pohodlnú bielu presvetlenú



čakáreň a miestnosť sestričky. Ambulanciu si prenajala od miestneho úradu a starosta si bol vedomý, že obecný majetok musí lekárke dať v lepšom stave. Dal vymeniť okná, financoval aj výmenu zničenej plesnivej podlahy. V ordinácii bolo treba zaviesť teplú vodu, oddeliť toalety pre pacientov všeobecnej a zubnej ambulancie. O ďalšie sa postarala lekárka. Pri prácach pomáhal aj manžel, do niečoho sa musela pustiť aj sama a za svoje. Zariadila interiér, kúpila pracovný aj vyšetrovací stôl, registračky na dokumentáciu, skrinky, počítač s tlačiarňou aj ďalšie technické a prístrojové vybavenie.

„Mladý človek zvyčajne nemá toľko, koľko treba, aby mohol investovať do vybavenia svojho súkromného pracoviska, a v prípade ambulancie lekára to nie je málo," konštatuje doktorka. „Nejako sme však problém vykryli. Som vďačná, že mi pri rozbehu mohli pôžičkou pomôcť aj rodičia."

Príležitostne musí mať človek však aj šťastie a v pravej chvíli pomoc od dobrého kolegu. Tak získala do ordinácie EKG a POCT analyzátor. Po jednej vzdelávacej akcii jej zavolala mladá kolegyňa, ktorú oslovila hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR MUDr. Adriana Šimková, PhD., že by jej mohla v rámci pomoci mladým lekárom v rámci podpory prevencie pomôcť obstarať tieto prístroje. Kolegyňa ich však už mala, ale ponúkla sa, že dá doktorke Šimkovej kontakt na ňu. Hlavná odborníčka s pochopením zareagovala a oba prístroje pokladá doktorka Zbojeková za výborných pomocníkov, úsporu času a zvyšovanie komfortu pacienta. Napríklad tým, že na predoperačné vyšetrenie a k preventívnym prehliadkam na EKG nemusia pacienti merať kilometre do nemocnice či na polikliniku do mesta.

Zmeny na prvý pohľad

Niektorých jej starších pacientov možno prekvapilo, keď uvideli na stole mladej lekárky počítač. Predchodca ho nemal. Spoza počítača sa musela učiť aj rôzny spôsob komunikácie s rôznymi generáciami. Boli a sú aj takí, ktorí boli zvyknutí už od dverí oznámiť, že sú chorí, a chcú antibiotiká. Ak sa lekárka rozhodne pre vyšetrenie, bývajú niektorí zaskočení aj nespokojní, lebo antibiotiká vraj často predtým dostali bez diskusie.

Nejeden pacient pokladá lekára, najmä toho všeobecného, za úradníka, ktorý ho iba zdržuje. Takú skúsenosť majú viacerí mladí doktori, a tí temperamentnejší sa pýtajú, na čo vlastne študovali medicínu, keď sa od nich žiada liek bez seriózneho vyšetrenia a more nemedicínskej byrokracie pre rôzne úrady – doklady, tlačivá, žiadosti. Pečiatkovanie je však potenciálna hrozba. Ak napríklad lekár dostane na podpis fascikel a do zajtrajška má podpísať, že dvadsiati dobrovoľní hasiči sú chlapi zdraví ako buk, je to riziko. Človek nemusí tušiť, že zdravý nie je a pri zásahu ohrozuje svoj život alebo človeka, ktorého mal chrániť. Toto mladá lekárka robiť odmietla a podobné žiadosti iba o „pečiatku" bývajú neraz zdrojom konfliktov v ambulancii. Navyše potom lekárovi často nestačí čas, aby sa úplne pokojne venoval napríklad prevencii alebo ľuďom v čakárni, ktorí sú skutočne chorí.

Kolegialita

MUDr. Zbojeková je v okrese najmladšou „obvoďáčkou" a vie, že mladý lekár „na obvode" sa neraz dostáva do neočakávanej situácie. Neraz sa treba rýchlo rozhodnúť, konzultovať, v ordinácii je však sama, aj v obci. Mohla by možno zavolať skúsenejším starším kolegom, ale, žiaľ, nekolegialita medzi všeobecnými lekármi aj lekármi iných špecializácií býva podľa doktorky Zbojekovej neraz veľký problém. Česť výnimkám, ku ktorým môže s radosťou poslať pacientov, keď už musia navštíviť či navštevovať inú ambulanciu či ambulancie. Všeobecných lekárov je zúfalo málo, neraz sú to už seniori v dôchodkovom veku, ktorých trápia aj choroby, ktoré iným liečia. Sú unavení, vyhorení.

Medzi najvážnejšie problémy ambulancie, ktoré pani doktorka pripisuje nekolegialite medzi špecializáciami, je aj problém so zdravotnou dokumentáciou, keď lekárom nestačia výpisy z dokumentácie. Predpisovanie liekov za špecialistov v dobe, keď každý lekár môže do ďalšej návštevy pacienta v ambulancii jediným klikom odoslať takzvaný opakovaný recept a všeobecný lekár pri vypisovaní nemusí kontrolovať kód odporúčajúceho lekára, dátum vyšetrenia, doporučenej kontroly, indikačné obmedzenia a preberať zodpovednosť za predpis liekov, ktoré odporučil iný lekár. Problémom je aj to, že ambulantné pohotovostné služby robia iba všeobecní lekári.

Kolegialita je však vážna vec. Aj lekár ochorie, ide na dovolenku, potrebuje zastupovanie, či mladej lekárke ochorie dieťa. Počula aj otázku, že načo si brala ambulanciu, keď má malé dieťa. „Vlastne jediní lekári, ktorých môžem oslovovať, ak treba zastúpenie v ambulancii, sú doktorka Kadlecová z mestečka Vrbové, alebo doktor Jaroš zo vzdialenejšej obce," hovorí MUDr. Zbojeková. Je im za to vďačná. Z Moravian do Vrbového je však takmer pätnásť kilometrov s prestupom na autobus v Piešťanoch.

Vďaka hlavnej odborníčke pre všeobecné lekárstvo Ministerstva zdravotníctva SR MUDr. Adriany Šimkovej, ktorá darovala MUDr. Petre Zbojekovej 10. 8. 2020 EKG prístroj, je aj novovzniknutá vidiecka ambulancia vybavená modernými prístrojmi. Aj spolupatričnosť medzi kolegami, všeobecnými lekármi, napĺňa krédo tohto medicínskeho odboru – ľudská stránka medicíny – orientovaného najmä na dobro pacienta a čo najvyššiu kvalitu zdravotnej starostlivosti.

INZ 03 – 03/2021

AIDIAN

Váš spoľahlivý partner v oblasti diagnostiky takmer 30 rokov.

Váš pomocník pri rozhodovaní o liečbe.

Novinka HbA1c!

QuikRead go®

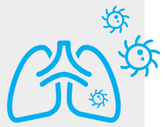
Multifunkčný plne automatický POCT analyzátor

CRP / CRP+Hb / Strep A / FOB / HbA1c

Spoľahlivé testy na COVID-19

- antigénové testy:
  - ACRO – z nosohltana
  - GENSURE – z nosa alebo úst
  - BIOSYNEX – z nosa alebo nosohltana
- test na protilátky ACRO IgG/IgM

vhodné aj pre deti



Výsledok ihneď a bez prístroja, množstevné zľavy.

Rýchly výsledok merania hodnoty INR kedykoľvek a kdekoľvek

iLine® microINR®

- Malý plne automatický merací prístroj
- Minimálny počet krokov
- Jednoduchá aplikácia vzorky

Pre viac informácií navštívte webovú stránku www.aidian.sk alebo nás kontaktujte: +421 944 313 888

Nezabudnite na overovanie a kalibráciu vašich meradiel v ambulancii

Moderné technické vybavenie v zdravotníctve nám výrazne napomáha stanoveniu správnej diagnózy a liečbe pacienta. V tomto procese stále významnejšiu úlohu zohráva metrológia, ktorá sa podieľa na jednotnosti a presnosti zaručovania výsledkov merania, na ktoré sa môže lekár a jeho pacient spoľahnúť.

Čo hovorí legislatíva?

Práve v záujme ochrany pacienta i lekára sú štátom definované meradlá, ktoré podliehajú pravidelnej metrologickej kontrole. Keďže overenie alebo kalibráciu meradla, napr. neinvazívneho meradla tlaku krvi, si lekár bežne nedokáže urobiť sám, sú súčasťou kontroly aj autorizované a akreditované pracoviská, kde sa v rámci sledovaného systému kvality overujú alebo kalibrujú jednotlivé typy meradiel.

V zmysle zákona č. 157/2018 Z. z. o metrológii v znení neskorších predpisov, ako aj podľa všeobecne záväzných právnych predpisov Ministerstva zdravotníctva SR, sú poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti **povinní** používať iba určené meradlá (§ 16) s platným overením a povinne kalibrované meradlá (§ 17) s platnou kalibráciou.

Uvedený zákon definuje, že určené meradlo musí absolvovať pravidelnú povinnú metrologickú kontrolu alebo posúdenie zhody. Rovnako platí, že orgán verejnej moci, podnikateľ alebo iná osoba je povinná predkladať povinne kalibrované meradlá na kalibráciu.

Používateľom určeného meradla (157/2018 Z. z.) je ten, kto používa určené meradlo alebo hodnotu identifikovanú určeným meradlom pri meraní, ktoré súvisí s platbami, pri ochrane zdravia, bezpečnosti, majetku alebo životného prostredia..., kde môže vzniknúť konfliktný záujem na výsledku merania, alebo kde nesprávny výsledok merania môže poškodiť záujem fyzickej alebo právnickej osoby, alebo verejnosti, alebo ak tak ustanovujú osobitné predpisy.

Medzi najčastejšie merania u praktických lekárov patrí meranie krvného tlaku, telesnej teploty, hmotnosti, výšky a iné. Preto sa na tieto merania používajú meradlá, ako neinvázne meradlá tlaku krvi, lekárske teplomery kontaktné, váhy s neautomatickou činnosťou triedy presnosti I a II, zvinovacie metre a ďalšie meradlá.

Overovanie a kalibrovanie svojich meradiel by si mali zabezpečiť všetci profesionálni zdravotníci, nemocnice, polikliniky, lekári, lekárne, laboratóriá, záchranné služby a ďalší profesionáli pôsobiaci v oblasti zdravotníctva.

V prílohe č. 1 k zákonu č. 578/2004 Z. z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (účinný od 1. 9. 2021) sa uvádza základné materiálno-technické vybavenie jednotlivých zdravotníckych pracovísk.

Na základe uvedeného zákona Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 8 ods. 2 zákona 578/2004 vo Vestníku MZ SR 2018 ustanovuje minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Veľkým pomocníkom v kalibrácii vašich zariadení v ambulanciách môže byť partner SSVPL, spoločnosť Homola MEDICAL, ktorá je od r. 2012 ako súčasť kalibračného laboratória spoločnosti Homola, spol. s r. o., poskytuje autorizované služby na overovanie neinvazívnych meradiel tlaku krvi a akreditované služby na kalibrácie neinváznych meradiel tlaku krvi, teplomerov, vlhkomerov a kalibračné služby na ďalšie meradlá, akými sú napr. váhy s neautomatickou činnosťou triedy I a II, centrifúgy, výškomery, prístroje EKG, glukomery a iné. Tieto meradlá MEDICAL aj predáva, odborne školí personál, ktorý ich bude obsluhovať a stará sa aj o pozáručný servis.

Ako prebehne kalibrácia vo vašej ambulancii

Meradlo	Platnosť overenia v rokoch
Neinvázny tlakomer krvi mechanický	2
Neinvázny tlakomer krvi elektromechanický	1
Lekársky teplomer sklenený	2
Lekársky teplomer elektronický	2
Tónový audiometer	2
Váhy s neautomatickou činnosťou triedy presnosti I a II	2
Materializovaná dĺžková miera kovová	5
Materializovaná dĺžková miera z iného materiálu	2

Poznámka:
Druhy určených meradiel, oblasti ich použitia, podrobnosti o spôsobe ich metrologickej kontroly, či posúdenie zhody a čas platnosti overenia jednotlivých druhov určených meradiel uvádzajú prílohy vyhlášky Úradu pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky č. 161/2019 Z. z. o meradlách a metrologickej kontrole. Okrem toho sú poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti povinní zabezpečiť následné overenie určených meradiel a viesť ich evidenciu.

Overovanie (autorizované služby) a kalibrácie (akreditované služby) meradiel sekcia MEDICAL vykonáva v rámci metrologického systému s odborne pripraveným personálom s využitím moderných prístrojov (etalónov), ktoré sú pravidelne nadväzované na národné etalóny, a jej spôsobilosť je tiež pravidelne preverovaná v medzilaboratórnych meraniach. Pracoviská kalibračného laboratória v Bratislave, Ružomberku a Košiciach umožňujú svojim zákazníkom zvládať ich požiadavky v požadovanej kvalite a v primeranom čase.

Sekcia MEDICAL po overení meradiel uvedených v tabuľke označí meradlo overovacou značkou a vydá k meradlu prvotný záznam, alebo na vyžiadanie certifikát o overení. Obdobne je to tak aj pri kalibrácii povinne kalibrovaného meradla, kde je meradlo označené kalibračnou značkou a je vydaný kalibračný certifikát.

AKREDITOVANÉ A AUTORIZOVANÉ KALIBRAČNÉ LABORATÓRIUM
HOMOLA MEDICAL

Kalibračné laboratórium
Homola Medical Bratislava
ponúka v úplne nových priestoroch

AUTORIZOVANÉ A AKREDITOVANÉ SLUŽBY PRE METROLOGICKÚ KONTROLU NASLEDUJÚCICH MERADIEL:

- overovanie a kalibrácia tlakomerov krvi
- kalibráciu povinne kalibrovaných meradiel, napr. teplomery a vlhkomery
- kalibráciu meradiel, napr. výškomery, centrifúgy, váhy

Uvedené meradlá je možné si tiež na uvedenej adrese zakúpiť. Garantujeme kvalitu a včasnosť vybavenia vašich zákaziek. Cenník služieb si môžete pozrieť na: www. homola-medical.sk.

Bratislava, Krajná 49: + 421/905 631 192, email: jancovic@homola.sk
Ružomberok, Korytnická 34: + 421/905 797 121, email: latiak@homola.sk
Košice, Rampová 4: + 421/908 976 534, email: ondirova@homola.sk

Overovacia značka

Kalibračná značka

Overenie alebo povinná kalibrácia meradla zaniká, ak sa skončila lehota platnosti, alebo bola na meradle vykonaná oprava, zmena alebo úprava, ale napr. tiež ak meradlo bolo poškodené, čím mohli byť ovplyvnené jeho technické alebo metrologické charakteristiky, prípadne je zjavné, že meradlo stratilo technické alebo metrologické charakteristiky. Inou príčinou je napr. tiež poškodená, pozmenená, odstránená alebo inak porušená overovacia, kalibračná alebo zabezpečovacia značka.

Následné overenie je povinný zabezpečiť používateľ určeného meradla, osobne alebo inou osobou, formou písomnej objednávky podanej ústavu, určenej organizácii alebo autorizovanej osobe najmenej v lehote 30 dní pred uplynutím platnosti overenia a vždy pri zániku platnosti overenia (§ 25 ods. 12, písm. b) až e) zákona č. 157/2018 Z. z.).

Dôležité je tiež vedieť, že o každom používanom meradle musí jeho používateľ viesť evidenciu, ktorá umožní jeho jednoznačnú identifikáciu s uvedením miesta používania a dátumu overenia alebo kalibrácie.

Ako si kalibráciu uľahčiť?

„Z našich skúseností vieme, že uvedené metrologické úkony fungujú len u subjektov (väčšinou nemocníc) so zavedeným systémom riadenia kvality ISO 9001, keďže metrologické zabezpečenie je jedným z hlavných kritérií splnenia požiadaviek systému kvality. U ostatných subjektov (lekárov) systém metrologického zabezpečenia určených, povinne kalibrovaných a kalibrovaných meradiel, až na výnimky, nefunguje alebo ‚pokrivkáva'," hovorí Ľubomír Bulík, manažér kvality Homola MEDICAL.

Na uľahčenie preto sekcia MEDICAL svojim zákazníkom ponúka:

- Plánovanie a výkon zabezpečenia overovaní a kalibrácií medicínskych prístrojov (vedenie dokumentácie o meradle/meradlách).
- Starostlivosť o prístroje a zariadenia – ošetrovanie, údržba a servis.
- Pre zabezpečenie výkonu merania (napr. tlaku, teploty a pod.) počas neprítomnosti meradla na pracovisku vyriešiť náhradné meradlo (musí mať tiež platný certifikát), alebo prispôsobiť režim práce.
- Školenia určeného personálu, ako sú metrológovia v nemocniciach a zdravotníckych zariadeniach, zdravotné sestry, lekári...
- Poradenstvo v oblasti metrológie (výber meradla, jeho správne používanie, povinnosti používateľa určeného meradla a iné).

V prípade záujmu o služby sekcie MEDICAL spoločnosti HOMOLA, spol. s r. o., odporúčame pri objednávke uviesť:

1. **Typ meradla** (výrobca).
2. **Výrobné číslo.**
3. **Spôsob použitia meradla** (kalibračné body).
4. **Vaše kontaktné údaje s tel. číslom**.
   - V prípade overenia/kalibrácie **u vás** naplánovať termín overenia/kalibrácie a dohovoriť priebeh (zabezpečiť vstup, hygienické prostriedky, sprievod po pracoviskách a pod.).
   - V prípade zaslania meradla **kuriérskou službou** – meradlá poslať s vypísanými bodmi 1 až 4 na prevádzku spoločnosti, ide hlavne o presnú adresu.
   - **V prípade poruchy/nefunkčnosti meradla uviesť, v čom je problém.**

Uvedenými informáciami výrazne urýchlite overenie/kalibráciu vášho meradla.

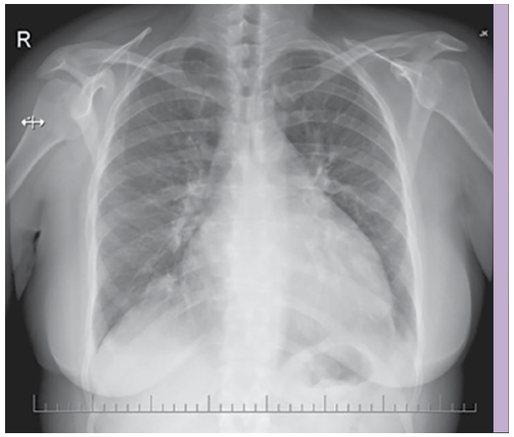
Tím pracovníkov sekcie MEDICAL akreditovaného a autorizovaného kalibračného laboratória spoločnosti Homola, spol. s r. o., môžete stretnúť aj na 42. výročnej konferencii SSVPL.

Nezvyčajné kardiologické prípady v ambulancii VLD

Milí kolegovia, denne riešime diagnózy, ktoré sú bežné, ale niekedy sa stretneme s prípadom, ktorý je nezvyčajný. Možno ho vidíme len raz za život. Určite máme také prípady viacerí, ja vám ponúkam jeden môj. Kázusy ako otázky a sami sa otestujte.

Otázka č. 1

RTG je taký patognomický, že nedávam žiadne indície.



Ak ste tipovali na dilatačnú kardiomyopatiu (DKMP), je to správne.

Ide o pacientku narodenú v r. 1984. Má tri deti, z toho jednovaječné dvojičky, z nich jedna má VVCHS niekoľkokrát operovanú. Okrem obezity ľahkého stupňa v predchorobí po bližšom pátraní zisťujeme, že pred niekoľkými rokmi, pacientka to ani nepokladala za dôležité, mala „nejaké" problémy so srdcom a bola liečená pre arytmiu u kardiológa. V čase stanovenia diagnózy v našej ambulancii už bez liečby, bez dispenzarizácie.

EF LK pri prvom echokardiografickom vyšetrení bola 10 – 15 %. Pacientka bola hospitalizovaná na kardiologickej JIS, následne preložená do SUSCH, kde jej bol implantovaný ICD a zahájila sa medikamentózna liečba. Samozrejme, začalo sa uvažovať o transplantácii srdca. Zaujímavé, ako sa postupne organizmus pacientky adaptoval, krátko pred realizovaním RTG pacientka vystúpila na Chopok a nepociťovala zvláštne ťažkosti!

Postupne sa EF LK zlepšovala a teraz je 50 %, pričom pacientka trpí iba ľahkou anémiou a mierne zníženou GF, ktorá sa pri redukcii furosemidu upravuje.

DKMP je ochorenie srdcového svalu charakterizované zväčšovaním srdcových oddielov, najmä ľavej komory, a znížením kontraktilnej funkcie srdca, a dlho môže ostať asymptomatické a prejaví sa až pri záťažovej situácii, napr. infekte dýchacích ciest.

Za nepriaznivé faktory DKMP patrí kardiotorakálny index nad 0,6, vek nad 65 rokov, EF LK pod 20 %, sodík v sére pod 135 mmol/l, zvýšená hladina NTpBNP a iné.

Na RTG hrudníka nás zaujme kardiotorakálny index, ďalej charakteristický tvar tieňa srdca dilatovaného obojstranne, ako aj redistribúcia bronchocievnej kresby.

Echokardiografia je základnou diagnostickou metódou na stanovenie funkčnosti srdca. Ďalej sa realizuje okrem EKG, MRI srdca, katetrizačné vyšetrenie srdca sa realizuje zvyčajne až pred indikáciou transplantácie alebo s cieľom odobrania vzorky pri podozrení na genetické ochorenie.

Incidencia DKMP je 5 – 8 prípadov na 100 000 obyvateľov za rok. Hoci presný počet prípadov je vyšší pre nediagnostikovanie ľahších foriem DKMP, incidencia má vzrastajúcu tendenciu.

MUDr. Zuzana Mojzešová

Máte aj vy podnetné a pre vašich kolegov zaujímavé diagnostikovanie?

Napíšte na **office@advantage.sk**
a radi sa s vašimi skúsenosťami na stránkach Praktika podelíme.

„Lekárov obdivujem a vážim si ich za ich nasadenie a obetavosť“

Olympionička v golfe **Martina Sabbatini** žije so strieborným medailistom z olympiády v Tokiu a významným PGA hráčom v golfe manželom Rorym v USA. „Lekárov obdivujem a vážim si ich za ich nasadenie a obetavosť,“ odpovedala na vzťah k lekárom. Keby mala porovnať slovenské a americké zdravotníctvo, najväčší rozdiel vidí v prevencii. „V USA idete na preventívnu prehliadku a zoberú vám dvadsaťpäť ampuliek krvi. Urobia vám komplexný profil vyšetrení na všetko možné od genetických profilov, cez všetky možné poruchy až po vitamíny. Hovorí sa, že v Amerike chcú aj zo zdravých ľudí urobiť ešte zdravších, a prevencia je najdôležitejšia,“ dopĺňa Martina a s veľkým uznaním spomína na svoju rodinnú lekárku na Slovensku. „Ako dieťa si pamätám, že som z nej mala traumu, lebo mala vo svojom dome ‚špajzu‘ premenenú na minilekáreň, a tam mala všetky injekcie a ostatné potrebné veci. Keď som mala horúčku, vedela som, že sa to nezaobíde bez injekcie. Vždy mi však pomohla. Bola to lekárka, ktorá dbala na to, aby dala všetko hneď do poriadku. Nebola ten typ lekára, ktorý vás nechá niekoľko dní bojovať a trápiť sa na čajíkoch. Ona jednoducho hneď naordinovala všetko potrebné a na druhý deň bolo vidieť výsledok. Pre mňa to bola zázračná lekárka.“

Martina Sabbatini si zamilovala golf a jeho pozitívne účinky na zdravie ešte predtým, ako sa spoznala s profesionálnym golfistom. „Golf môžete robiť, aj keď nemáte vyslovene top kondíciu. Napríklad aj vtedy, ak máte, povedzme v staršom veku, problémy s kolenami alebo s chôdzou. Na golfe nemusíte podávať extrémne dobré výkony, stačí si ho užívať. Obrovským benefitom je dlhé hodiny pobyt na čerstvom vzduchu. Pri golfe nemusíte vydať zo seba dušu, ako napríklad pri tenise a podobných športoch zameraných na okamžitý výkon. Golf je naozaj šport pre každého. Dokonca aj pre vyslovene lenivých, ktorí nechcú robiť aktivitu, pri ktorej sa príliš spotia, alebo budú príliš unavení,“ uzatvára Martina Sabbatini.

Rady lekára v novom šate

Na našej stránke www.ssvpl.sk patrí medzi veľmi obľúbené podstránka Rady lekára. K rôznym diagnózam tam nájdete články, infografiky, edukačné videá. Tie potom môžete odporučiť svojim pacientom, aby sa pomocou nich vzdelávali.

Najnovšie sme v Radách lekára predstavili Pacientsky program proti obezite podporovaný spoločnosťou STADA PHARMA Slovakia.

V článku sa vaši pacienti dozvedia základné štatistiky a fakty o obezite a jej následkoch, v infografike, ktorú im môžete vytlačiť, máte už konkrétne rady. Videá sú tentoraz dve – v prvom sa váš pacient od lekára dozvie, čo je obezita, a prečo patrí jej liečba a prevencia do ambulancie všeobecného lekára. V druhom videu MUDr. Peter Makara, odborný garant tejto témy, navrhuje päť rád, ktorými by sa vaši pacienti mohli riadiť.

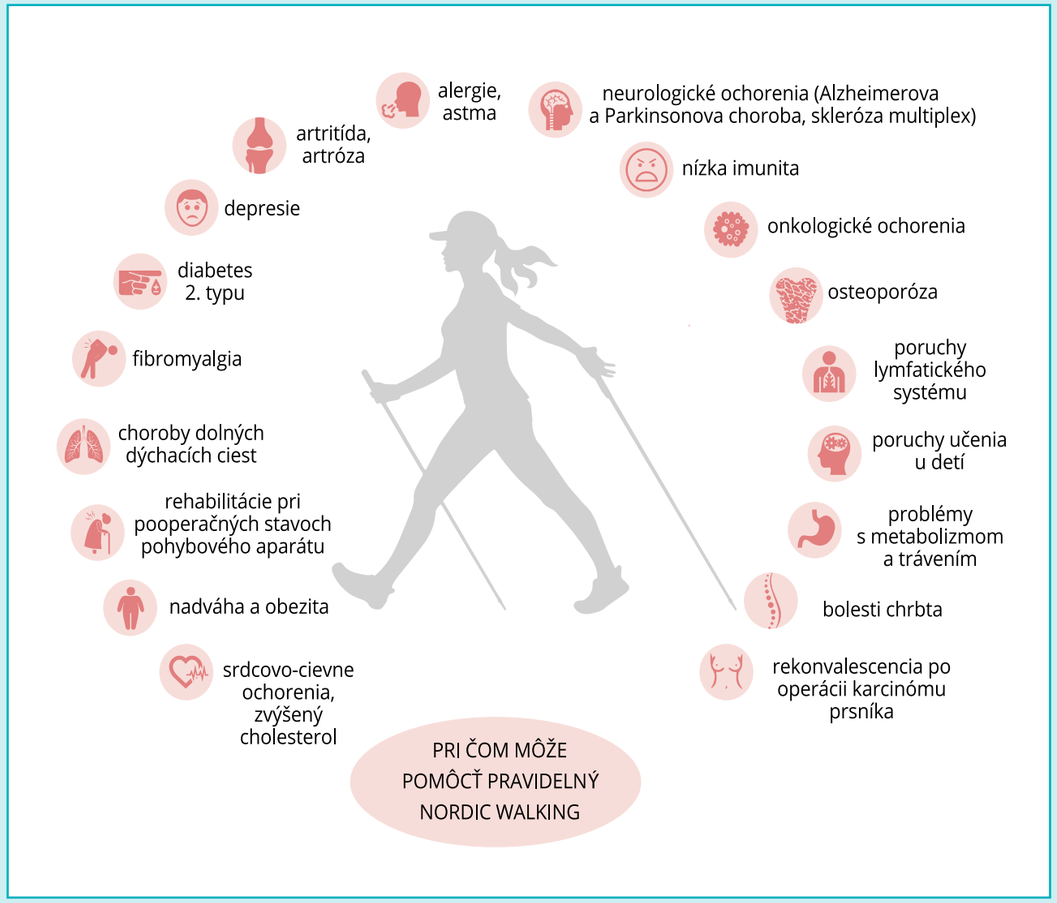
Boli by sme radi, keby mala téma pokračovania v podobe jednotlivých nácvikov pohybových aktivít, ktoré môžete pacientom s obezitou ponúkať.

Na kongrese začneme s nordic walkingom.

Ste vítaní si ho na workshope 15. 10. o 7.30 alebo o 12.15 prísť vyskúšať. Palice vám poskytneme a bude vás školiť prezidentka nordic walkingu na Slovensku Lucia Okoličányiová.

A prečo práve nordic walking?

Obrázok hovorí za všetko:



Lekári boli vždy veľkými milovníkmi hudby

„Váš šansón je naozaj krehký, má vyváženú hudbu, text, interpretáciu, hudobný sprievod, videospracovanie. Verím, že zaujme ľudí... želám vašim výtvorom, aby dostali krídla a rozleteli sa k svojim poslucháčom. Lekári boli vždy veľkými milovníkmi hudby, aj jej znalcami a praktickými hudobníkmi. Myslím, že žáner šansónu vám veľmi pristane. Držím palce..." To sú slová uznania, ktoré si **MUDr. Anna Jolšvaiová** mimoriadne cení. Do Revúcej k nej prišli pred tromi rokmi od renomovanej osobnosti, básnika, prozaika, dramatika, scenáristu, textára, výtvarníka a autora literatúry pre deti a mládež, Daniela Heviera. Pred pár rokmi napísala scenár na muzikál, kde použila svojich sedemnásť piesní. Zavolala mu a požiadala o radu. Umelec ju jemne a citlivo presmeroval, odporučil robiť si pesničky a mať radosť z toho, že radosť rozdáva. A dohodli sa, že mu občas nejaké piesne pošle. Rodáčka z Muráňa, absolventka Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, strávila celý svoj lekársky život prakticky vo svojom regióne. Desať rokov bola internistkou v Psychiatrickej liečebni na Prednej Hore pri Muráni, ďalšie desaťročie robila obvodnú lekárku v neďalekom Sirku, a potom dvadsaťpäť rokov v ambulancii všeobecného lekára v Revúcej. Pred dvoma rokmi obvod odstúpila. Konečne sa mohla venovať svojmu koníčku – piesňam. V prípade potreby však zastupuje dcéru v ambulancii VLD v Košiciach.

Hudba v génoch

Redakcia Praktik si e-mailom dohodla v Revúcej rozhovor, ktorý pani Jolšvaiová len tak-tak stihla. V ten deň totiž nahrávala v štúdiu v Košiciach pesničku, ktorú skomponovala manželovi k okrúhlym narodeninám. Na CD mu nahrala pieseň s výpovedným textom na melódiu piesne Hej, sokoly. Za to, že desaťročia stojí po jej boku, že chápe jej náročnú prácu všeobecného lekára, ako jej fandí a podporuje aj jej záľubu. Neprotestuje, keď večer v ich domácnosti nebýva za dverami vždy ticho, lebo z lekárky sa stáva skladateľka, textárka aj interpretka Anna Jolšvaiová a doma aj večer precizuje svoje textové aj hudobné nápady a diela. Hoci si väčšinou komponuje hudbu sama, občas využije aj bohatú zásobáreň ľudových piesní. Vraví, že hudbu a poéziu má v génoch. Starý otec mal literárne sklony, pre svoju obec napísal kroniku a venoval sa insitnému umeniu – rezbárstvu, matka písala krásne básne a výborne spievala. Anna už na základnej škole písala básničky, ako stredoškoláčka zvíťazila v súťaži o Zlatý mikrofón. Na vysokej škole vyhrala s vlastnou skladbou spevácku súťaž o Zlatého kanárika, a následne počas štúdia spievala s hudobnou skupinou Caravelle na zábavách, svadbách, plesoch. Ambície mala však vyššie – skladať vlastnú hudbu a písať k nej texty. Uspela, vyhrala aj niekoľko súťaží. Po promócii však život pomenil priority a pesničky sa dostali do úzadia. Prednosť mala náročná profesia lekárky a rodičovstvo.

Za sebou má 160 diel

Pred piatimi rokmi sa však ku koníčku z mladosti vrátila. „Skúsenejšia, vyzretejšia, naplnená množstvom emócií a invencií z každodennej práce s ľuďmi s ich životnými príbehmi," hodnotí premenu. „Bola to doslova erupcia všetkého, čo sa vo mne za dlhé roky nahromadilo. Piesne som tvorila veľmi rýchlym tempom. Žáner šansónu bol môjmu srdcu vždy najbližší, tak som väčšinu piesní tvorila v tomto štýle. Vznikali piesne na počúvanie, na zamyslenie, piesne o medziľudských vzťahoch, o priateľstve, boji dobra so zlom, o láske a nenávisti, o radosti a šťastí, ale aj o bolesti, smútku a utrpení. Piesne o živote, aj piesne o smrti." Prvou piesňou jej návratu ku komponovaniu bola nádherná Pieseň pre matku – vyznanie milujúcej dcéry svojej matke.

Jej pesničková tvorba je bohatá, predstavuje už vyše 160 diel. Časť z nich vydala na troch cédečkách. Vďaka zaťovi, ktorý ju skontaktoval s profesionálnymi aranžérmi a zasponzoroval, vydala prvé CD s názvom Ako sa máš? Za piesne na tomto cédečku získala v roku 2017 na kongrese Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) ocenenie Laureát Orbis pictus. Je hlboko veriaca, veľmi citlivo reaguje na každú neprávosť. Pri návšteve Nemecka ju zastihla správa o vražde snúbencov Jána Kuciaka a Martiny Kušnírovej.

Svoj postoj vyjadrila po návrate pesničkou Nebo a svet. Na festivale kazuistík, kde bolo uvedené do života jej prvé CD, mala aj malý koncert z vlastných šansónov. Medzi kolegami má spriaznené duše. Mnohí jej fandia, podporujú ju v nadšení. MUDr. Karol Urbanec, jeden z členov bývalej hudobnej skupiny Caravelle, s ktorou spievala ako študentka lekárskej fakulty, je dnes v Revúcej kardiológom. Keď sa dozvedel, že sa opäť dala na komponovanie, potešil sa. Vraj už síce dávno nearanžoval, ale ponúkol spoluprácu a zaranžoval tri pesničky.

Cédečká i videoklipy

V roku 2020 nasledovalo druhé CD s názvom Všetko bude dobré. Súčasne napísala a nahrala spolu s kolegami-vokalistami aj piesne pre všeobecných lekárov Krokovačka, Hippokratova prísaha, Andrá tutto bene, Semafor, Pandémia, Čakáreň. K týmto piesňam vznikli aj videoklipy, v ktorých účinkujú slovenskí lekári. Prehrať si ich možno aj na YouTube SVLS.

Potom prišiel tretí album nazvaný Na potulkách po Gemeri. Ospievala v ňom prírodné krásy regiónu, kultúrne dedičstvo, pripomenula známe osobnosti, ktoré z Gemera pochádzali, alebo tam študovali a pôsobili. Mnohí fanúšikovia, ktorí si pozreli videoklipy na YouTube, požiadali o zaslanie CD. Rada im vyhovela a cédečko zaslala, pretože takto sa jej piesne dostávajú medzi širšiu verejnosť. Koncom roka sa chystá vydať štvrté cédečko so sedemnástimi šansónmi, ktoré sa volá príznačne predsviatočne Rozhovor s dušou. Na YouTube má uverejnených šesť desiatok svojich piesní s videoklipmi. Spolupracovala s mnohými profesionálmi z hudobnej brandže. Nahrávala už v siedmich profesionálnych hudobných štúdiách. So svojimi piesňami pravidelne účinkuje aj na koncertoch a rozličných spoločenských podujatiach. V lete vystúpila pri odovzdávaní ocenení osobnostiam mesta Revúca, v miestnej kinosále spievala dôchodcom. S radosťou, len pre dobrý pocit.

Máte nadanie na niečo, zaujímate sa o pre našich čitateľov atraktívnu aktivitu?

Napíšte na **office@advantage.sk** a radi vás na stránkach Praktika predstavíme.

MOSTY

Ja nechcem toho veľa, no keby som tak smela
aspoň zopár rokov prešlých vrátiť späť.
Zmeniť kolorit sivý a z vtáčej perspektívy,
z tej výšky uzrieť život, uzrieť svet.
Rozmýšľam nad možnosťou spojiť sa s minulosťou.
Nechcem veľa, chcem tak málo, chcem len pevnú niť.
Chcem toho príliš málo, no keby sa to dalo,
ňou roztrhnuté priateľstvá zošiť.

Nie veľa, chcem len málo, no keby sa to dalo,
aj zopár minút bolo by mi dosť.
Za námahu to stojí, jeden s druhým sa spojí,
keď postavia si z lásky vlastný most.
Aká to bola sila, čo krehký most rozbila?
Aká sila zaprášila vzťahy zložité?
Nie, nechcem toho veľa, no keby som tak smela,
hneď opravím tie mosty rozbité.

Ja stavala som mosty, krehké, bez budúcnosti,
a nazvala ich mosty núdzové.
A chcela som len málo, no občas sa mi zdalo,
že stavala som pole mínové.
Aká to bola sila, čo krehký most rozbila?
Aká sila zaprášila vzťahy zložité?
Nie, nechcem toho veľa, no keby som tak smela,
hneď opravím tie mosty rozbité.

Núdzový most pri búrke sa zrúti,
nedá sa ním k blízkemu zájsť.
Základy má položené na piesku a prútí.
V konštrukcii sú len slová, vetru, slnku neodolá.
Núdzový most nahlodáva čas.

Oplatí sa stavať mosty s láskou.
Materiál v sebe môžeme nájsť.
Pevné mosty hotové si označíme páskou.
Ani vietor, ani voda mosty z lásky nenahlodá,
mosty z lásky nenahlodá čas.
NIE, NECHCEM TOHO VEĽA, NO KEBY SOM TAK SMELA,
AJ ZOPÁR MINÚT BOLO BY MI DOSŤ.

(Pieseň Mosty vznikla v zime 2020, zatiaľ nebola zverejnená na CD. Bude bonusovou piesňou na štvrtom, čisto šansónovom CD Rozhovor s dušou, ktoré vyjde koncom roku.)

MUDr. Michaela Macháčová

Všeobecná lekárka MUDr. Macháčová v článku pre portál Zdravie rozprávala o tom, koľko tekutín treba behom leta vypiť a prečo si treba dávať pozor na sladké nápoje, kávu či čaj.
8. 8. 2021

MUDr. Adriana Šimková

MUDr. Adriana Šimková sa vyjadrila k téme posúdenie kontraindikácií očkovania lekárom.
5. 5. 2021

MUDr. Adriana Šimková sa vyjadrila k téme Ako zvládnuť covid doma: K pulznému oxymetru lekári odporúčajú ešte jeden prístroj.
6. 8. 2021

MUDr. Adriana Šimková bola ocenená za rozvoj a reprezentáciu kraja.
24. 6.2021

Predseda Bratislavského samosprávneho kraja Juraj Droba odovzdal Adriane Šimkovej dňa 24. 6. 2021 „Pamätný list predsedu BSK za rok 2020“ ako osobnosti, ktorá sa zaslúžila o rozvoj a reprezentáciu kraja. Kyticu prišiel odovzdať podpredseda BSK MUDr. Juraj Štekláč. Adriana Šimková: „Vážim si každé takéto ocenenie, ktoré je výsledkom toho, že to, čo robím a ako to robím, je správne a dáva zmysel. A to je moja cesta, ktorou sa budem naďalej uberať. Ešte raz ĎAKUJEM.

MUDr. Adriana Šimková odpovedala v mestských novinách Pezinčan na otázky ohľadom Covid-19. Hlavnou témou rozhovoru bolo, prečo sa ľudia boja očkovania.
27. 8. 2021

MUDr. Jana Bendová

MUDr. Jana Bendová sa v Teleráne rozprávala na tému anémia a chudokrvnosť.
24. 8. 2021

Anémia alebo chudokrvnosť trápi asi 30 % žien a len 3 % mužov. Ako anémiu rozpoznať, diagnostikovať a liečiť? Je anémia častejšia u vegetariánov, alebo je to len mýtus? Môže anémia v tehotenstve ublížiť bábätku?

MUDr. Peter Lipovský

MUDr. Peter Lipovský sa vyjadril pre Lekárske noviny k téme: Očkovanie v ambulanciách všeobecných lekárov.
25. 6. 2021

ÚČASŤ NA KONFERENCIÁCH, KONGRESOCH, SEMINÁROCH

MUDr. Peter Makara

Seminár – ambulantné monitorovanie krvného tlaku v praxi všeobecného lekára pre dospelých.
29. 6. 2021

MUDr. Peter Makara sprevádzal odborným programom live webinára s názvom Keď potrebujeme aj spomaliť, kde sa k téme Betablokátor ako možnosť voľby v ktoromkoľvek kroku liečby hypertenzie vyjadrila aj MUDr. Adriana Šimková.
22. 6. 2021

MUDr. Michaela Macháčová

V dňoch 24. – 25. 6. 2021 sa konala online konferencia pod záštitou dekana Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, kde k téme Covid-19 pred bránou nemocnice diskutovala aj MUDr. Michaela Macháčová.
24. – 25. 6. 2021

Čo má priniesť plánovaná reforma ambulantnému sektoru?

Zmeny, na ktoré slovenské zdravotníctvo roky čakalo?

Je nesporné, že slovenské zdravotníctvo potrebuje zásadnú zmenu, ktorá je nielen nevyhnutným predpokladom jeho ďalšej konkurencieschopnosti v európskom priestore, ale najmä výzvou pre zlepšovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých pacientov. Nový zákon má podľa rezortu zdravotníctva urobiť zdravotnú starostlivosť v nemocniciach aj v ambulanciách kvalitnejšou, modernejšou, dostupnejšou a efektívnejšou.

Predložený zákon Ministerstva zdravotníctva SR o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti sa týka aj ambulantného sektora a fungovania zdravotných poisťovní. Minister zdravotníctva Vladimír Lengvarský dúfa, že do konca tohto kalendárneho roka spolu s odbornou a inou verejnosťou sa všetky zákony, ktoré s reformou súvisia, dotiahnu do úspešného konca, aby sa mohli začať čerpať financie z plánu obnovy, ktoré sú na to vyčlenené.

Nový zákon, ktorý predložilo Ministerstvo zdravotníctva SR do medzirezortného pripomienkového konania, má za cieľ:

- zvýšiť kvalitu a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach,
- garantovať každému pacientovi rovnaký prístup ku kvalitnej špecializovanej nemocničnej starostlivosti,
- zabezpečiť dostatok všeobecných lekárov v ambulanciách vo všetkých regiónoch,
- rozbehnúť modernizáciu nemocníc a výstavbu nových nemocníc,
- vytvoriť kvalitné pracovné podmienky pre zdravotníkov,
- zvýšiť efektivitu využívania verejných zdrojov v zdravotníctve.

Ako ďalej nemocnice?

Reforma siete nemocníc má priniesť pacientom kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť a prostredníctvom nej majú byť tiež zabezpečené kvalitné a dôstojné podmienky pre zdravotníckych pracovníkov. Tieto ciele má zabezpečiť aj takmer jedna miliarda eur z plánu obnovy určená na modernizáciu a výstavbu nových nemocníc a na nákup prístrojového vybavenia.

Nemocnice majú byť rozdelené do 5 kategórií:

- komunitná úroveň,
- regionálna úroveň,
- komplexná úroveň,
- koncová úroveň,
- národná úroveň.

„Všetky nemocnice zostanú v sieti. Ani jedna nebude zrušená. Práve naopak, nemocnice dostanú jasne zadefinovanú štruktúru zdravotnej starostlivosti. Nechceme, aby nám pacienti blúdili po Slovensku a lekár nevedel, kam ich má poslať. Pacienti sa majú v nemocnici liečiť, nie ležať. Je to prirodzený proces zvyšovania kvality zdravotnej starostlivosti. Nemocnice budú rozdelené do piatich kategórií. Vysokošpecializované pracovisko bude jedno pre celé Slovensko, ale trváme na tom, aby maximálne trištvrte hodiny cesty z domu mal pacient nemocnicu poskytujúcu základné chirurgické výkony, pôrodnicu či interné oddelenie," hovorí o budúcej vízii siete nemocníc minister zdravotníctva Vladimír Lengvarský.

Týmto krokom by pacienti aj lekári mali získať lepšiu a kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť, zrekonštruované a zmodernizované nemocnice, nové a modernejšie prístrojové vybavenie, kvalitné pracovné podmienky pre zdravotníkov, efektívny manažment pacientov a zmenu nevyužívaných nemocničných lôžok na iný typ nemocničných postelí.

Ako ďalej ambulancie?

Cieľom legislatívnych zmien má byť aj skvalitnenie a zabezpečenie primárnej starostlivosti.

Ambulantný sektor, keďže poskytuje pacientom primárnu zdravotnú starostlivosť, je totiž v zdravotníctve kľúčový a bez riešenia problémov v ňom by sa v reformách v zdravotníctve nedalo pokračovať.

A čísla, ktoré hovoria o problémoch ambulantného sektora, sú dnes už alarmujúce.

- Slovensko má v európskom rebríčku na počet obyvateľov najmenej všeobecných lekárov.
- Aktuálne podľa výpočtov rezortu ministerstva zdravotníctva chýba 314 všeobecných lekárov pre dospelých a 137 pediatrov.
- Problémom je aj vysoký priemerný vek lekárov. V súčasnosti je priemerný vek všeobecných lekárov pre dospelých 59 rokov a priemerný vek pediatrov 61 rokov.
- Podľa údajov Národného kontrolného úradu z roku 2020 klesol za ostatných desať rokov počet pediatrických ambulancií z 1 149 na 930 a počet všeobecných lekárov pre dospelých klesol pod 2 000.

Nový zákon kvalifikuje potrebu zriadenia ambulancie všeobecných lekárov na základe ich geografickej dostupnosti, vekovej štruktúry lekárov, ktorí už v okrese sú, ale aj na základe súčasnej vekovej štruktúry poistencov.

Jeho základným cieľom je zabezpečiť dostatok lekárov pre udržateľnosť a posilnenie primárnej starostlivosti. Ako nástroje na plnenie tohto cieľa budú podľa návrhu slúžiť základná definícia okresov s nedostatkom primárnej ambulantnej starostlivosti a finančný príspevok ako podpora príchodu nových lekárov, ale aj pre existujúcich poskytovateľov, ktorí vytvoria v nedostatkovom okrese nové pracovné miesto.

- Hlavnou časťou reformy je tzv. optimálna sieť. Je to optimálny počet všeobecných lekárov, ktorí budú zdravotné poisťovne povinné zakontrahovať, aby zabezpečili dostupnosť všeobecnej zdravotnej starostlivosti do 15 minút pre väčšinu poistencov v rámci okresu.
- Nové znenie zákona by malo definovať aj rizikové okresy, v ktorých je nedostatok všeobecných lekárov. Rizikovosť sa bude posudzovať podľa dostupnosti všeobecnej zdravotnej starostlivosti, ktorá by mala byť do 25 minút. Pri stanovovaní rizikovosti okresov bude dôležitá demografia, teda koľko všeobecných lekárov je v dôchodkovom veku, ale aj to, koľko seniorov žije v danom okrese. Starnutie populácie a nárast počtu chronicky chorých si budú vyžadovať väčšie kapacity na strane všeobecných lekárov. Človek starší ako 60 rokov má 2- až 3-krát viac návštev u lekára ako ľudia vo veku 30 až 59 rokov.

Zákon by mal podľa Ministerstva zdravotníctva SR nadobudnúť účinnosť od januára 2022 a mal by tiež garantovať zachovanie zmlúv so zdravotnými poisťovňami.

Pre mladých lekárov ponúkne ministerstvo finančnú podporu na rozbeh nových ambulancií, ktorú budú čerpať postupne v priebehu roka, a práve na tento účel je vyčlenených 10 miliónov eur z plánu obnovy vyhradených do roku 2026. Podporný systém bude spočívať v poskytnutí finančného príspevku nielen na príchod ďalších lekárov, ale bude určený aj pre existujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí sa rozhodnú svoju prax vykonávať v takýchto nedostatkových okresoch.

Do budúcnosti plánuje ministerstvo zdravotníctva v rámci reformy ambulantného sektora rozširovať kompetencie nielen všeobecných lekárov, ale aj ich sestier, zvyšovanie využívania služieb telemedicíny, znižovanie administratívnej záťaže, ale aj zmenu odmeňovania, ktorá je doteraz výlučne v kompetencii zdravotných poisťovní.

Ako ďalej poisťovne?

Navrhovaný zákon by mal regulovať aj zisk zdravotných poisťovní. Návrh zároveň definuje minimálny percentuálny podiel z vybraného poistného, ktorý musia poisťovne použiť na zdravotnú starostlivosť. Cieľom tejto regulácie je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, teda na prevenciu a liečbu pacientov.

Na tomto zákone spolupracovalo Ministerstvo zdravotníctva SR niekoľko mesiacov s predstaviteľmi medicínskych združení naprieč ambulantnou aj nemocničnou sférou, lekármi, odborníkmi, zdravotnými poisťovňami a samosprávnymi krajmi. A priestor medzirezortného pripomienkového konania naďalej ponúka možnosť pre všetkých prispieť do debaty svojím odborným stanoviskom.

Informácie o online dostupnosti:

Bližšie informácie nájdete v prezentácii pripravenej Ministerstvom zdravotníctva SR, ktorú si môžete pozrieť na tomto odkaze: *https://www.scribd.com/presentation/519593902/Minister-Lengvarsk%C3%BD-spu%C5%A1%C5%A5a-reformu-zdravotnictva#download*

K pripravovanej reforme nájdete informácie aj priamo na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR na tomto odkaze: *https://www.health.gov.sk/Clanok?zakon-movy-reforma-zdravotna-starostlivost*

Kompletný materiál k navrhovanej právnej úprave nájdete na tomto odkaze: *https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/SK/LP/2021/437*

Zdroje:

https://knowww.eu/nodes/5f855d76923afd0415a9e76c
https://lekom.sk/
https://www.medipravnik.sk/pravne-clanky/ministerstvo-zdravotnictva-pripravuje-velku-reformu-zdravotnictva-1104/
https://www.health.gov.sk/ zakon-novy-reforma-zdravotna-starostlivost Ministerstvo predstavilo zásadnú zmenu v prospech pacientov a lekárov
https://www.aktuality.sk/clanok/tzrhwpf/spustaju-reformu-nemocnic-chcu-podporit-zacinajucich-lekarov/
https://advanceinstitute.cz/images/stories/aktuality/ZdN13_2021_07.pdf

Čo si myslíme o pripravovanej novele zákona o zdravotnej starostlivosti?

„Čo znamená byť všeobecný lekár", alebo „z vnútra bubliny je ťažké vidieť, ako vyzerá zvonka"

Priateľ ma požiadal vyjadriť svoj názor na reformu zdravotníctva z pohľadu všeobecného lekárstva. Ako som zistil o pár minút neskôr, je to viac ako náročná úloha, zložená z hľadania odpovedí na zdanlivo nekonečné množstvo otázok, a keďže riešenie každého problému je vlastne hľadaním odpovedí, práve túžba nájsť odpoveď stimuluje myseľ vybočiť zo zabehnutých koľají a hľadať netradičné riešenia, ale… „z vnútra bubliny je ťažké vidieť, ako vyzerá zvonka".

Na mnohé otázky sú odpovede známe. Každý vie, čo to v realite je byť všeobecným lekárom (VLD), aké úsilie je potrebné na vybudovanie ambulancie, aké úskalia a zodpovednosť prináša každodenná starostlivosť o pacientov, ktorí vkladajú svoje zdravie a dôveru do rúk „svojho" lekára, čo znamená nespať pri riešení zložitého prípadu, ale aj koľko hodín treba odpracovať mimo bežného pracovného času prípravou, študovaním odbornej literatúry, odborných usmernení, dodatkov zmlúv so zdravotnými poisťovňami a ich správnou aplikáciu v praxi, vypisovaním žiadostí a rôznych potvrdení pre pacientov, vedením firmy, zabezpečovaním jej chodu, hláseniami, fakturáciou a ďalším nespočetným množstvom činností. „Zamyslime sa nad svojimi povinnosťami."

Povinností VLD je mnoho a v menšej či väčšej miere zasahujú aj do súkromného života samotného lekára. Koľko povolaní sa môže pochváliť výsadou slúžiť na LSPP (alebo ešte donedávna realizovať obhliadky zosnulých) namiesto trávenia času so svojou rodinou? Môžem smelo konštatovať, že lekár pracuje v práci, ale aj doma. Obetovať sa pre prácu a svojich pacientov je síce šľachetné, ale ak by som sa opýtal na názor svojej dcéry, jej odpoveď by sa zásadne líšila od toho, čo odo mňa očakáva spoločnosť. „Zamyslime sa nad prioritami."

Existujú traja základní nepriatelia dobre vykonanej práce. Prvý sa volá Neviem – čo sa týka dôkladnosti mojej prípravy a získaných vedomostí, druhý sa volá Nechcem – čo hovorí o mojej motivácii, resp. demotivácii, a ten tretí je Nemôžem – a poukazuje na nedostatok prostriedkov pre výkon povolania. No u zdravotníckych pracovníkov sa postupom času objaví aj štvrtý nepriateľ – Nevládzem. Potrebujeme však aj priateľov! Lekár je individualita a od prírody jedinec, ktorý preferuje svoj názor pred cudzím, ale ak budeme mať viacej nepriateľov ako priateľov, nedôjdeme do šťastného konca. „Zamyslime sa nad priateľmi a nepriateľmi."

Súkromný lekár sa stáva „otrokom" svojej ambulancie – musí si naplánovať dovolenku aj zástup počas nej (a takmer aj čas, kedy môže byť chorý a kedy nie), musí pracovať v ambulancii, ale aj mimo nej, musí si „vyrobiť" na seba, na sestru aj na chod ambulancie, musí sa neustále vzdelávať a boriť s nezmyselnými obmedzeniami, musí nájsť svojho nástupcu, keď príde čas odchodu na dôchodok, a mnohí z nás si ho ani poriadne nestihnú užiť. „Zamyslime sa nad budúcnosťou."

Je teda nutná reforma zdravotníctva? Ak sa mám vyjadriť k reforme zdravotníctva z pohľadu VLD, vidím tieto priority:

1. Vytýčenie jasných cieľov smerovania všeobecného lekárstva a zrozumiteľnej stratégie, ako ich dosiahnuť. Stanoviť nielen krátkodobé ciele (prestať sa „plácať" v operatíve), ale myslieť aj do budúcna. Zjednotiť myšlienkové prúdy jednotlivých spoločností do akceptovateľnej podoby.
2. Zabezpečiť dostatočné financovanie ambulancií VLD s ohľadom na chod ambulancie, ale aj s ohľadom na infláciu, rast miezd v národnom hospodárstve, zavádzanie inovácií, tvorbu rezervy pre krízové situácie.
3. Zabezpečiť generačnú obmenu lekárov ambulancií v čo najkratšom čase. Aktívne osloviť študentov vyšších ročníkov lekárskych fakúlt, zvýšiť počet rezidentov pre VLD, pripraviť ich odborne aj ako budúcich manažérov, zatraktívniť odbor všeobecné lekárstvo.
4. Spraviť z VLD povolanie, kde lekár nebude „otrokom" svojej práce, kde ho čakajú len samé povinnosti a prípadné sankcie za ich nesplnenie, ale bude sa môcť v pokoji starať o svojich pacientov, aj sa dostatočne venovať sebe a rodine.
5. Vrátiť VLD štatút „rodinného" lekára a uprednostniť kvalitu pred kvantitou. Výkonová orientácia stratégie fungovania ambulancie VLD, kde počet kapitovaných pacientov a realizovaných výkonov s cieľom tvorby zisku nemusí síce priamo ohroziť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale dlhodobo odčerpáva sily lekára, môže viesť k rutinnej automatizácii procesov, kde je väčší predpoklad neúmyselnej chyby, presúva časť cieľov na stranu tvorby zisku. VLD by mal mať dostatok prostriedkov na poskytnutie kvalitnej zdravotnej starostlivosti bez nutnosti nezmyselne šetriť náklady alebo realizovať množstvo výkonov s cieľom zvýšenia príjmu.
6. Je potrebná zjednocujúca autorita lekárskeho stavu, ktorá vynaloží maximálne úsilie a vplyv na legislatívne zmeny tohto štátu tak, aby postavenie ambulantných lekárov ako „gate keepers" slovenského zdravotníctva dosiahlo zaslúženú úctu a adekvátne ohodnotenie svojej práce.

Lekári a sestry ambulancií VLD zabezpečujú prvý kontakt s pacientom v núdzi, sú prví, na ktorých sa obráti „ich" pacient, postupom času sa starajú nielen o svojich pacientov, ale neskôr aj o ich deti a vnukov. Sú rodinnými lekármi v pravom slova zmysle, majú dôveru svojich pacientov, ktorí sa na nich často obracajú nielen so zdravotnými problémami, ale aj so súkromnými. Šetria štátu finančné prostriedky – primárna starostlivosť o pacienta je lacnejšia ako následná špecializovaná zdravotná starostlivosť, event. hospitalizácia pacienta. Včasná diagnostika a liečba ochorenia ušetria štátu viac finančných prostriedkov, ako ho stojí liečba dlhodobých alebo celoživotných následkov. Vytvárajú pracovné miesta, odvádzajú štátu dane.

Na druhej strane počas pandémie Covid-19 nedostali náhradu straty príjmu, nežiadali štát o oddlženie, nehrajú lotériu so životmi svojich pacientov. Lekár v nemocnici dostane mzdu za výkon svojho povolania, manažér v nemocnici dostane mzdu za výkon svojho povolania, VLD je lekárom aj manažérom, ale dvojitú mzdu si určite dovoliť nemôže.

Na záver chcem dodať len to, že budúcnosť ambulantnej starostlivosti závisí od toho, aké zmeny prinesie reforma zdravotníctva, a je len na nás, čo chceme dosiahnuť.

MUDr. Ľubomír Molčan, MSc, ANAMED, s. r. o., Šarišské Michaľany

MUDr. Ján Kaňuch, Raslazdrav, s. r. o., Raslavice

Navrhované znenie o generickej preskripcii zbytočne komplikuje predpisovanie liekov. V prípade, že pacient netoleruje rôzne generiká, a teda je medicínsky odôvodnené, aby mu bol vydaný presne ten liek, ktorý mu lekár predpisuje, podľa návrhu novely bude lekár povinný explicitne vylúčiť konkrétne generické lieky podľa názvu (v niektorých prípadoch aj 9 – 10 generík) namiesto toho, aby vypísal len názov lieku, ktorý žiada vydať pacientovi. V tejto podobe je vykonávanie v praxi zdržujúce a nepraktické. Tiež nie je jasné, kto v prípade nežiaducich účinkov zodpovedá za liečbu.

Ďalšia námietka sa týka zákazu so sprístupnením zdravotnej dokumentácie. V prípade, že si pacient za okolnosti, keď nie je v zdravotnom stave, aby o tom rozhodol ústne, neželá, aby do jeho zdravotnej dokumentácie nahliadali príbuzní, je podľa návrhu novely povinný to vyjadriť písomne, a tento doklad majú evidovať VLD v jeho zdravotnej dokumentácii. To predstavuje pre nás ďalšiu administratívnu záťaž a takisto zvýšené nároky na kapacitu priestorov pre dokumentáciu, čo je už teraz priestorovo náročné. Vzhľadom na stav priestorov, v ktorých pôsobia mnohí VLD bez možnosti rozšírenia priestorov a zvyšujúcich sa nárokov na služby a prístrojové vybavenie, považujem túto požiadavku na VLD za neprijateľnú.

Naopak, súhlasím so zmenou znenia v novele o časti o zodpovednosti špecialistu za lieky predpisované na jeho odporúčanie, kde v navrhovanej novele je uvedené, že za túto preskripciu, aj keď ide cez ambulanciu VLD, zodpovedá lekár-špecialista.

MUDr. Stanislava Bachledová

„Reforma má pacientom priniesť kvalitnú dostupnú zdravotnú starostlivosť, a lekárom, sestrám, a ďalším zdravotníckym pracovníkom kvalitné a dôstojné podmienky pre ich prácu. Posilní zároveň lôžkový fond následnej a dlhodobej starostlivosti a vytvorí priestor na doliečovanie, ale aj lepšie podmienky pre chronicky chorých pacientov," uviedol minister zdravotníctva Vladimír Lengvarský. Toto vyjadrenie znie naozaj sľubne a vzbudzuje pocit, že konečne sa niečo zmení k lepšiemu. Podľa dostupných informácií sa reforma bude týkať nemocníc aj ambulantného sektora a poisťovní. V pláne sú optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti, nová definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti a reforma poskytovania všeobecnej zdravotnej starostlivosti o dospelých, dorast a deti. Tu už taký optimizmus nevidím, hlavne čo sa týka rušení akútnych lôžok v regionálnych nemocniciach. Neviem si predstaviť rušenie celých nemocníc, ktoré neplnia len funkciu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj sociálnu a ekonomickú funkciu, keďže zamestnávajú množstvo ľudí z regiónu, ktorí ostanú bez práce. Malé nemocnice v regiónoch fungujú mnoho rokov, napr. nemocnica v Krompachoch bola založená v r. 1900. Počas viac ako 100 rokov svojej existencie slúžila obyvateľom zo širokého okolia. V súčasnosti funguje chirurgické, interné, gynekologické a pediatrické oddelenie. Nemyslím si, že akútne lôžka sú nevyužité. Ľudia by museli za zdravotnou starostlivosťou cestovať, a ak už sme pri cestovaní, nie každá rodina má auto, a to nehovorím o marginalizovaných komunitách, ktoré sa nachádzajú väčšinou na periférii všetkého. Už teraz je problém s dopravnou službou a zabezpečením dopravy pre všetkých, ktorí to potrebujú. Takisto práca všeobecných lekárov v takýchto oblastiach bude oveľa ťažšia, čo môže odrádzať mladých lekárov. Takto si nepredstavujem zvyšovanie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Čo sa týka podpory nových lekárov, tam, kde chýbajú, je potrebné, aby sa pomoc dostala tam, kam má, a bola transparentná a dostupná pre všetkých, nielen pre vyvolených.

MUDr. Beáta Blahová

V posledných týždňoch počúvame z ministerstva zdravotníctva o tom, že chcú realizovať komplexnú reformu zdravotníctva, ktorej súčasťou má byť aj reforma všeobecného lekárstva. Za najpálčivejšie problémy v odbore všeobecného lekárstva považujem tieto tri:

Tým najväčším problémom je veková štruktúra všeobecných lekárov. Priemerný vek všeobecného lekára je takmer šesťdesiat rokov a výnimkami nie sú ani lekári, ktorí majú sedemdesiat či viac rokov. Niekto je v sedemdesiatke vitálny a sleduje nové trendy, no nedá sa to povedať paušálne. Druhý problém predstavuje nedostatok všeobecných lekárov. Na Slovensku máme regióny, kde na jedného lekára pripadá viac ako tritisíc pacientov a perspektíva je zlá, pretože mladí lekári nepribúdajú, naopak, je ich ako šafranu. Vo všeobecnosti nemajú medici záujem študovať všeobecné lekárstvo, preto sa situácia v najbližších rokoch s vysokou pravdepodobnosťou nezlepší. Tretím problémom sú kompetencie všeobecných lekárov. Mladí lekári si nevyberajú odbor všeobecného lekárstva, lebo všeobecní lekári majú nedostatočné kompetencie, čo im pri liečbe pacientov zväzuje ruky.

Nevidela som do detailov dokumenty ministerstva zdravotníctva o reforme všeobecného lekárstva. Informácie čerpám len z médií. Viem, že sa plánuje podporiť vznik ambulancií v menej rozvinutých regiónoch, čo hodnotím pozitívne, ale dodávam, že sa musia jasne nastaviť kritériá pre tieto dotácie na vytvorenie ambulancií a musí byť jasne dané, že dotácia bude nenávratná len v prípade, ak bude lekár túto ambulanciu prevádzkovať dlhé roky.

MUDr. Jana Bendová

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje všetkým poistencom rovnako, bez ohľadu výšky plateného poistného a spotreby zdravotnej starostlivosti. Jej podstatou je zabezpečenie rovnakej dostupnosti k potrebnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých, a to bez prihliadnutia na výšku príjmov a geografickú dostupnosť. Všeobecná dostupnosť zdravotnej starostlivosti a dostatočná ponuka služieb, primeraná pozornosť prevencii, dobrá nadväznosť služieb by mali byť základným pilierom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ambulantný primárny systém by mal fungovať s cieľom podpory zdravia, zníženia a kontroly nákladov. Nedostatočný alebo nefungujúci primárny sektor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je ekonomicky nevýhodný, dokonca nebezpečný aj pre poskytovateľov ústavnej ZS. Vzhľadom na to, že lekárska starostlivosť musí byť poskytnutá podľa najnovších poznatkov medicíny, treba tomu vytvoriť aj adekvátne materiálno-technické a personálne zabezpečenie. Zvýšenie kompetencií všeobecných lekárov neznamená dostupnejšiu zdravotnú starostlivosť, skôr naopak, zdravotnícky pracovníci budú viac zaťažení administratívou a agendou, a tak dostupnosť pre obyvateľov nemusí byť garantovaná. Financovanie ambulancií všeobecných lekárov by malo sledovať aktuálny dopyt spoločnosti, bolo by potrebné sledovať a implementovať model poskytovania, kde je dostatočne pestrá ponuka zdrav. služieb, vyhovujúca sieť zdravotníckych zariadení a nadväznosť primárnej a sekundárnej starostlivosti, priemerné náklady. Kuratívnu starostlivosť, administratívnu ťažkopádnosť by bolo možné riešiť navýšením zdravotníckeho, ale aj nezdravotníckeho personálu v ambulanciách, no, samozrejme, poisťovne musia zabezpečiť adekvátny finančný tok do primárnej ambulantnej sféry. Rozdiely medzi poskytovateľmi, ktoré sú často podmienené geografickou odlišnosťou, treba vyrovnať. Štátny alebo odborný monitoring fungovania by mal byť nápomocný pre všetkých, aby materiálovo-technické a personálne podmienky mohli byť rovnaké. Štát by mal garantovať dostupnú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom kontroly a dozoru nad zdravotnými poisťovňami. Treba podporovať aj existujúce ambulancie, nielen novovzniknuté, pretože niektoré už existujúce ambulancie sú schopné fungovať len čiastkovo (napr. ordinujú lekári – penzisti, a tieto ambulancie sú schopné fungovať len s ich finančnými benefitmi, ako napr. nižšie odvody). Strata ekonomickej rentability môže byť v budúcnosti bariérou ďalšieho fungovania. Nové legislatívne zmeny musia byť záväzné pre všetkých, len vtedy sa zachová vysoká dostupnosť základnej starostlivosti pre všetkých obyvateľov.

MUDr. Tomáš Kolonyi

VAKCÍNA PROTI CHRÍPKE OD SPOLOČNOSTI VIATRIS

JE TERAZ SCHVÁLENÁ AJ PRE DETI VO VEKU OD 6 MESIACOV DO 3 ROKOV

Očkovacia látka proti chrípke Influvac® Tetra, predtým registrovaná pre dospelých a pre deti od 3 rokov, má schválené rozšírenie indikácie aj pre deti vo veku od 6 mesiacov. Pre nadchádzajúcu chrípkovú sezónu bude táto vakcína proti chrípke obsahovať zloženie kmeňov vírusu chrípky podľa odporúčania WHO na roky 2021/2022 a bude k dispozícii populáciám na severnej pologuli .[1]

S ochorením chrípky na celom svete je spojených 3–5 miliónov prípadov závažných ochorení a až 650 000 súvisiacich úmrtí ročne. Toto ochorenie je nebezpečnejšie pre vysoko rizikové populácie, medzi ktoré patria aj dojčatá a malé deti [2]s určitými dlhodobými zdravotnými problémami ako je astma, cukrovka a poruchy mozgu alebo nervového systému. Každý rok milióny detí ochorejú na sezónnu chrípku,[3] čo môže tiež viesť k vážnym problémom ako je bronchitída a pneumónia. [3]Navyše, deti chrípku ľahko šíria. Ich očkovanie chráni aj ostatných, ktorí sú náchylní na chrípku.[4]

Očkovanie je kľúčovou zložkou primárnej zdravotnej starostlivosti a je rozhodujúce pre kontrolu vypuknutia infekčných chorôb. Už viac ako 70 rokov Influvac® pomáha chrániť rodiny a komunity pred chrípkou. Dostupné očkovacie látky sú dobre tolerované a účinné.[2,5]

„Nová indikácia vakcíny proti chrípke Influvac® Tetra pre deti od 6 mesiacov je pokračovaním nášho záväzku poskytnúť ochranu väčšiemu množstvu ľudí na Slovensku. Poslaním spoločnosti Viatris je umožniť ľuďom na celom svete, aby boli zdraví v každej fáze života. V nasledujúcej chrípkovej sezóne, od jesene tohto roka, tak budú môcť zdravotnícki pracovníci chrániť pred chrípkou aj deti na Slovensku a zároveň tým chrániť aj ďalšie rizikové skupiny," uviedol MUDr. Milan Černek, Country Manager Viatris Česko a Slovensko.

Influvac® Tetra

je určený dospelým a deťom starším ako 6 mesiacov. [6]

Skrátená informácia o lieku:
Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Názov lieku: Influvac Tetra, injekčná suspenzia naplnená v injekčnej striekačke, očkovacia látka proti chrípke (inaktivované povrchové antigény). Zloženie: Povrchové antigény proti vírusu chrípky (inaktivované) (hemaglutinín a neuraminidáza) nasledovných kmeňov: A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09 – podobný kmeň (A/Victoria/2570/2019, IVR-215) 15 mikrogramov HA** A/Cambodia/e0826360/2020 (H3N2) – podobný kmeň (A/Cambodia/e0826360/2020, IVR-224) 15 mikrogramov HA**, B/Washington/02/2019 – podobný kmeň (B/Washington/02/2019, divoký typ) 15 mikrogramov HA**, B/Phuket/3073/2013 – podobný kmeň (B/Phuket/3073/2013, divoký typ) 15 mikrogramov HA** na dávku 0,5 ml. Táto očkovacia látka spĺňa odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) (severná pologuľa) a rozhodnutie Európskej únie pre sezónu 2021/2022. Influvac Tetra môže obsahovať stopy vajec (ako napr. ovalbumín, kuracie proteíny), formaldehyd, cetrimóniumbromid, polysorbát 80 alebo gentamicín, ktoré sa používajú počas výrobného procesu. Terapeutické indikácie: Prevencia chrípky, predovšetkým u ľudí so zvýšeným rizikom možných pridružených komplikácií. Influvac Tetra je určený dospelým a deťom starším ako 6 mesiacov. Použitie Influvacu Tetra má byť založené na oficiálnych odporúčaniach. Dávkovanie a spôsob podávania: Dospelý a deti vo veku od 6 mesiacov do 17 rokov: 0,5 ml. Deti vo veku menej ako 9 rokov, ktoré predtým neboli očkované sezónnou očkovacou látkou proti chrípke: má sa podať druhá dávka 0,5 ml po dobe najmenej 4 týždňov. Dojčatá vo veku menej ako 6 mesiacov: bezpečnosť a účinnosť Influvacu Tetra u detí neboli doteraz stanovené. Spôsob podávania: Očkovanie sa má vykonať intramuskulárnou alebo hlbokou subkutánnou injekciou. Preferovaným miestom pre intramuskulárnu injekciu je anterolaterálna oblasť stehna (alebo deltový sval, ak je svalová hmota dostatočná) u detí vo veku od 6 mesiacov do 35 mesiacov alebo deltový sval u detí od 36 mesiacov a dospelých. Kontraindikácie: Precitlivenosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, alebo na ktorúkoľvek zložku, ktorá môže byť prítomná v stopových množstvách, ako sú vajcia (ovalbumín, kuracie proteíny), formaldehyd, cetrimóniumbromid, polysorbát 80 alebo gentamicín. Očkovanie sa odporúča odložiť u pacientov s horúčkovitým ochorením alebo s akútnou infekciou. Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní: Tak ako pri všetkých injekčne podávaných očkovacích látkach, musí byť v prípade anafylaxie po podaní očkovacej látky vždy dostupná vhodná liečba a lekársky dohľad. Influvac Tetra sa nesmie za žiadnych okolností podať intravaskulárne. Pred akýmkoľvek očkovaním alebo po očkovaní sa môžu vyskytnúť úzkostné reakcie vrátane vazovagálnych reakcií (synkopa), hyperventilačné alebo stresové reakcie, ako psychogénna reakcia na injekčnú striekačku s ihlou. Ich odznievanie môže byť sprevádzané viacerými neurologickými prejavmi ako je prechodná porucha videnia, parestézie a tonicko-klonické kŕče končatín. Je preto dôležité, aby boli zabezpečené opatrenia na zabránenie zraneniam súvisiacich s poruchou vedomia. U pacientov s endogénnou alebo iatrogénnou imunosupresiou môže byť protilátková odpoveď nedostatočná. Liekové a iné interakcie: Neuskutočnili sa žiadne interakčné štúdie. Ak sa Influvac Tetra podáva spolu s inými očkovacími látkami, imunizácia má byť podaná do rôznych končatín. Treba upozorniť na to, že nežiaduce reakcie môžu byť intenzívnejšie. U pacientov podrobujúcich sa imunosupresívnej liečbe môže byť imunologická odpoveď oslabená. Fertilita, gravidita a laktácia: Nie sú k dispozícii žiadne údaje o vplyve na fertilitu. Inaktivované očkovacie látky proti chrípke sa môžu používať vo všetkých štádiách gravidity. Influvac Tetra sa môže použiť počas dojčenia. Nežiaduce účinky: lokálne reakcie ako bolesť, začervenanie, opuch, indurácia, ekchymóza, únava, tras, malátnosť, bolesť hlavy, ospalosť, podráždenosť/nervozita, horúčka, strata chuti do jedla, nauzea, bolesť brucha, hnačka, vracanie, potenie, bolesť svalov, bolesť kĺbov. Uchovávanie: v chladničke (20C – 80C), neuchovávajte v mrazničke, v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom. Opatrenia na likvidáciu a iné zaobchádzanie: Pred použitím má očkovacia látka dosiahnuť izbovú teplotu. Pred použitím pretrepte. Pred podaním vizuálne skontrolujte. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Mylan IRE Healthcare Limited, Írsko. Registračné číslo: 59/0385/17-S. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Dátum revízie textu: august 2021. Podrobné informácie o lieku sú dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (ŠÚKL) http://sukl.sk. Skrátená informácia o lieku bola pripravená v auguste 2021.

1 https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2021-22_north/en/ (Prístupný v marci 2021)
2 https://www.cdc.gov/flu/pdf/freeresources/family/flu-guide-for-parents-2020.pdf (Prístupný v marci 2021)
3 https://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/child-flu-vaccine/ (Prístupný v marci 2021)
4 Influvac – vakcína proti chrípke, bola prvýkrát uvádzaná na trh v Holandsku v roku 1950. Manuálne Očkovanie, 2013 Van Gorcum (Gorcum)R. Burgmeijer (Burgmeijer)K. HoppenbrouwesN. Bolscher
5 Hannoun C. Vyvíjajúca sa anamnéza vírusov chrípky a očkovacích látok proti chrípke. Odborné vakcíny Rev 2013;12:1085–1094
6 Mylan. Influvac® Tetra Súhrn charakteristických vlastností lieku, august 2021

VIATRIS

INZ 05 – 03/2021

Tešiť sa treba, ale opatrne...

Čo má nové hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Adriana Šimková?

Po končiacom sa lete začnime ešte tak zľahka letno. Všeobecní lekári (VL) boli dlhé obdobie bez oddychu. Namieste je preto pýtať sa dnes všetkých, či si počas leta našli čas na nielen zaslúžený, ale najmä nevyhnutný oddych. Ako ste dovolenkovali vy, pani doktorka?

V júli som bola na osem dní v Chorvátsku, ale potom som strávila tri týždne v ambulancii, pretože dovolenku mal zasa kolega. Zdá sa mi, že už sa počet pacientov v dovolenkovom a mimodovolenkovom čase prestáva líšiť. A to nehovorím len o práci v ambulancii. Popritom sa starám dokopy o 130 seniorov v DSS, som zmluvnou lekárkou ministerstva vnútra a robím brušné sonografie, sledujem si pacientov aj v ambulancii vnútorného lekárstva. Ako mobilnej očkovacej jednotke Bratislavského samosprávneho kraja sa nám dodnes podarilo zaočkovať asi 3 300 Pezinčanov, vrátane pacientov hospitalizovaných v Pinelovej nemocnici, vďaka čomu sa okres Pezinok stal jedným zo slovenských okresov s najvyššou zaočkovanosťou. V našom prípade sa ukázalo, že sprístupnením očkovania ochota dať sa zaočkovať stúpala.

Takže práca je naozaj pestrá, ale je to jeden kolotoč, pri ktorom rýchlo zabudnete, že ste na nejakej dovolenke vôbec boli. Ale aj keď pracujem veľa, svoju prácu mám rada.

Ako to všetko stíhate?

Všetko stíham aj vďaka kolegovi, s ktorým sme spolu v ambulancii. Bez neho a troch sestier by sa to stíhať nedalo. Keď hovoríme o možnostiach združovania ambulancií, hovoríme aj o otvárajúcich sa možnostiach pre lekárov, ktorí chcú robiť aj niečo

viac ako len prax v ambulancii. Združovaním ambulancií získavajú väčšiu slobodu, nové príležitosti pre vzdelávanie a sebarealizáciu aj v iných medicínskych oblastiach, ale aj možnosť lepšieho časového manažmentu, keď si môžu napríklad naplánovať aj potrebný oddych, aby vo svojej náročnej práci nevyhoreli. Manažment ambulancie však závisí od naladenia a preferencií každého všeobecného lekára.

Vy osobne ste však naladená stále na nové výzvy...

Rada sa učím nové veci, ktoré ma posúvajú v mojom odbore vpred. A je to aj potreba neustále si zvyšovať vzdelanie. To posúva všeobecné lekárstvo dopredu, aby sa zlepšovala nielen dostupnosť, ale najmä kvalita zdravotnej starostlivosti. Stále máme na pamäti, že to všetko robíme pre pacienta. A čím viac bude všeobecný lekár vedieť, tým viac dokáže svojim pacientom priamo v ambulancii pomôcť. Aj preto neustále bojujeme za nové a nové kompetencie všeobecných lekárov. A zároveň apelujeme aj na zvyšovanie kompetencií zdravotných sestier.

Ak zostaneme na chvíľu pri spomínanom očkovaní. Ako hodnotíte možnosť očkovania v ambulanciách primárnej sféry a prečo sa podľa vášho názoru len asi 600 ambulancií všeobecných lekárov z približne 3 000 rozhodlo pre očkovanie pacientov?

Všeobecní lekári očkujú štandardne. Nielen proti ochoreniu COVID-19, ale aj proti chrípke, pneumokokom a iným ochoreniam. Očkovať teda vieme. A ak platí, že ak chceme zvýšiť zaočkovanosť, musíme byť bližšie k ľuďom, potom je očkovanie v ambulanciách všeobecných lekárov rozhodne ten správny spôsob. Aj preto, lebo všeobecní lekári majú u pacientov vysoký stupeň dôvery a majú zásadné slovo pri vysvetľovaní dôležitosti očkovania. Dokážu pacientom vyvrátiť aj rôzne hoaxy a nepravdy, ktoré u nich v rozhodnutí dať či nedať sa zaočkovať vyvolávajú oprávnené pochyby a obavy.

Pre lekárov sú však komplikované procesné záležitosti, pretože manažment v ambulancii všeobecného lekára je pri dvojdávkovej vakcíne náročný a potrebuje zložitú logistiku a precízne plánovanie. Treba objednať vakcíny, dostatok pacientov na prvú dávku, sledovať interval medzi prvou a druhou dávkou, nájsť si čas všetko perfektne sprocesovať, zadať dáta do systému tak, aby mohli byť správne evidované v Národnom centre zdravotníckych informácií. Dôležitá je aj informácia, ktorú sme dostali v usmernení, že v prípade problémov s Green pasom sa má pacient informovať v call centre NCZI a nie u všeobecného lekára. Aktuálne máme v ambulanciách veľa predoperačných vyšetrení, preventívnych prehliadok, nových pacientov, takže na takúto agendu nie je naozaj čas. Ak sa čas nájde, neraz to ide na úkor našich rodín.

Epidemiologické štúdie hovoria, že už tu máme tretiu vlnu pandémie COVID-19 a situácia sa pravdepodobne zhorší na jeseň. Ako sú na ňu v porovnaní s prvou a druhou vlnou dnes všeobecní lekári pripravení?

Oveľa lepšie ako pred rokom, pretože ochorenie COVID-19 už pre nás nie je neznáme. Máme odporúčania, ako postupovať v rámci prednemocničnej starostlivosti, v liečbe máme novú možnosť monoklonálnych protilátok, ktoré sú určené najmä pre nezaočkovaných ľudí, začali sme účinne, a nielen my, ale aj pacienti, bežne používať pulzné oxymetre, dostali sme do ambulancií nový prvok manažmentu pacienta pomocou kyslíkových koncentrátorov. Niektorí VL si ich použitie v teréne aj otestovali. Pre kolegov som vypracovala postup, ako ich používať, a tak dnes pacient môže dostať porovnateľnú liečbu – teda kyslík a ostatné potrebné lieky nielen v nemocnici, ale aj u svojho všeobecného lekára. A je známe, že liečba doma je z psychickej stránky preňho menej traumatizujúca ako liečba v nemocnici. Samozrejme, ak sa dá stav ešte zvládnuť doma. V iných prípadoch je hospitalizácia nevyhnutná.

Situácia s pandémiou sa bude vyvíjať priamoúmerne s úrovňou zaočkovanosti obyvateľstva – dospelých ľudí, ale najmä ľudí, ktorí sú v kritickom veku, alebo majú ochorenia, ktoré ich predisponujú k ťažkému priebehu ochorenia. Dôležitá bude aj úroveň zaočkovanosti detí, a treba si uvedomiť, že delta variant vírusu je infekčnejší. Aká bude podoba

pandémie na jeseň, bude závisieť len a len od správania ľudí a dodržiavania odporúčaných opatrení. Napriek očkovaniu si budeme musieť dávať stále pozor. Aj v ambulanciách nám pribúdajú pacienti s respiračnými ochoreniami, aj tí očkovaní. Musíme byť teda obozretní, aby sa nám nezopakovala situácia zo zimy, resp. jari tohto roku. Na rozdiel od prvej a druhej vlny sme však v ambulanciách, v porovnaní s predchádzajúcim obdobím, odborne aj kvalitne pripravení na všetky možné scenáre. A ak nás niečo prekvapí, budeme sa opäť aktuálne prispôsobovať a flexibilne riešiť vzniknuté problémy. Už sme dokázali, že to vieme.

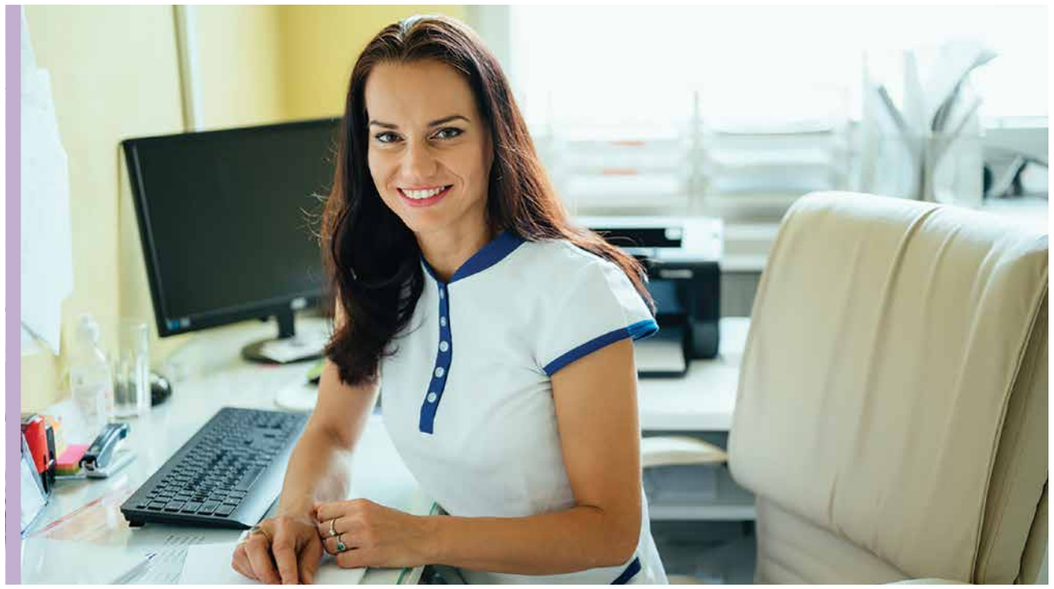
V súčasnosti sa intenzívne hovorí najmä o reforme zdravotníctva, ktorá sa okrem nemocníc dotkne aj ambulantného sektora. Ako vítate ako hlavná odborníčka, že konečne sa začalo hovoriť aj o potrebe zmeny v odbore všeobecného lekárstva?

Vnímam to veľmi pozitívne, pretože už roky sa problémy vo všeobecnom lekárstve – vek lekárov, ich nedostatok, nedostupnosť v niektorých regiónoch a podobne – len pomenovali, ale neprichádzali žiadne zásadné riešenia. Doteraz bola nastavená sieť všeobecných lekárov na kraj. Takže sa stávalo, že pokiaľ ich bolo v niektorých okresoch viac, v iných naozaj chýbali dvaja, traja všeobecní lekári. Zdravotná starostlivosť teda nepokrývala potreby daného okresu, hoci v prepočte na kraj bolo VL dostatok.

Prvým krokom reformy bolo zmapovanie siete ambulancií všeobecných lekárov na Slovensku, ktoré nám ukázalo „čierne diery“ dostupnej zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa sieť aj optimalizuje, zreálňuje. Optimalizácia siete založená na niektorých premenných, ako napríklad náročnosť obyvateľstva v danom okrese, migrácia, ale aj vek samotného lekára, aby sme vedeli predikovať riziko zatvorenia ambulancie a robiť potrebné kroky, aby v budúcnosti nezostali pacienti bez lekára.

Tieto úvodné kroky nám však poskytnú len prvé reálne dáta. Samotná reforma je rozdelená do troch fáz. Prvou je vyčíslenie potreby, či mapovanie nedostatku, v druhej fáze budú témou kompetencie a financovanie (nové úhradové a platobné mechanizmy) a tretia fáza sa bude venovať odľahčeniu administratívnej práce, e-zdraviu, IT technológiám a podobne. Reforma sa bude týkať aj zdravotných sestier, ktorým chceme pridať kompetencie. Celý systém treba „upratať“ tak, aby bola sieť všeobecných lekárov čo najlepšie pokrytá a aby bol lekár dostupný pre pacienta ideálne do dvadsaťpäť minút.

Chcem zdôrazniť, že reforma – nastavenie siete VAS, sa nevenuje len podpore a financovaniu novovznikajúcich, ale aj už fungujúcich ambulancií. Ak aj fungujúci poskytovateľ zamestná, alebo bude mať lekára, ktorý bude poskytovať zdravotnú starostlivosť napr. „v čiernej zóne“, resp. neskôr aj „v červenej zóne“, teda tam, kde je nedostatok všeobecných lekárov, a požiada o finančný príspevok z ministerstva zdravotníctva, čo je úplná novinka, dostane finančnú podporu aj pôvodný poskytovateľ. No ak nám všetkým ide o rozvoj všeobecného lekárstva, mali by sme byť veľkorysí a neporovnávať naše začiatky spred mnohých rokov až desaťročí so začiatkami nových ambulancií v súčasnosti. Keď nezmeníme svoje myslenie, primárna starostlivosť môže padnúť.



S akými obavami a výhradami už existujúcich poskytovateľov sa okrem financovania nových ambulancií v súvislosti s chystanou reformou stretávate?

V reforme sú určite body, ktoré sa môžu dotýkať aj terajších poskytovateľov. Niektorí lekári chcú už dnes lepší úhradový mechanizmus, niektorí viac kompetencií. Tieto veci sa však budú riešiť postupne, pretože sa nedá všetko vyriešiť naraz. Určite však treba o tom viac komunikovať a ubezpečiť lekárov, že systém je nastavený, len ho treba spustiť. „Upratanie“ primárky, nemocníc vykryštalizuje aj reformu špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Niektoré kompetencie prejdú k všeobecným lekárom a budeme mať aj možnosť presne definovať, ako by mal vyzerať ideálny model špecializovanej ambulantnej starostlivosti, aby aj cesta pacienta bola taká, aká má byť.

Čo však s okresmi, kde by sa mohlo stať, že všeobecných lekárov je viac, ako ukazuje potreba? Čoho sa majú obávať?

Tí sa nemusia ničoho obávať. Nikto im nebude rušiť zmluvu a budú fungovať tak ako doteraz. Všeobecne platí to, že zmluvy sa rušiť nebudú. Budú fungovať v zabehnutom režime, len nemôžu očakávať, že dostanú finančný príspevok na svoju prax. Možno sa trochu zvýši konkurencia, čo je však v poriadku, pretože konkurenčné prostredie je motivujúce a prispieva k zvyšovaniu kvality zdravotnej starostlivosti. Lekár je nútený sa vzdelávať, zabezpečovať si prístrojové vybavenie ambulancie, aby bola atraktívnejšia aj pre jeho pacientov.

Na čom momentálne pracujete pri príprave ďalších štandardov pre všeobecných lekárov?

Oslovila som kolegov z českej odbornej spoločnosti všeobecných lekárov so žiadosťou o možnosť adaptácie ich štandardných postupov na naše podmienky. Mám v písomnej forme ich kladné stanovisko. Momentálne je v príprave štandardný postup pre prediabetes v ambulantnej starostlivosti. Diabetikov pribúda a všeobecní lekári sa určite postupom času dostanú aj k diabetes. Najskôr je však potrebné, aby sme sa naučili manažovať prediabetes.

Pracujeme aj na ďalšom štandarde, ktorým je starostlivosť o pacienta s artériovou hypertenziou prostredníctvom telemedicíny. Verím, že po zapracovaní pripomienok ich komisia pre štandardy ministerstva zdravotníctva v septembri schváli a na výročnej konferencii všeobecných lekárov budeme môcť kolegom oznámiť, že nám pribudli ďalšie kompetencie.

Minulý rok v septembri ste na ministerstve otvorili tému možností preskripcie celiatických potravín a inkontinenčných pomôcok v ambulanciách všeobecných lekárov. V akom štádiu je v rámci zmeny zákona o liekoch jej riešenie?

Dosiahnutý konsenzus všetkých strán považujem za malú revolúciu, pretože uľahčenie preskripcie inkontinenčných pomôcok a celiatických potravín prinesie výrazné zjednodušenie života pacientov aj lekárov. Preskripcia bude mať jednotný kód, bude môcť ísť aj pod opakovaným receptom a bude nastavená na limit. A do tohto limitu si môže pacient priamo v lekárni kombinovať, či chce plienky, podložky, alebo nohavičky. Nemusí chodiť k lekárovi napríklad kvôli zmene veľkosti. Odľahčený je nielen pacient, ale aj lekár. A ak lekáreň nemá predpísaný typ nohavičiek, môže mu v limite vydať iné. Podobne to bude aj v prípade celiatických potravín. Tieto zmeny, ktoré by mali platiť od 1. 1. 2022 vnímajú pozitívne aj gastroenterológovia, aj urológovia.

Čakajú nás zmeny aj v elektronickom zdravotníctve?

Od prvého januára 2022 by mali byť zavedené elektronické potvrdenia o PN, teda e-PN. Papierové potvrdenky by sa mali počas prechodného obdobia postupne vytrácať. V budúcnosti sa ráta aj so špecialistami, čo opäť prispeje k zvýšeniu komfortu pacienta, ktorý napríklad pri chirurgickom ošetrení dostane PN-ku už v ambulancii chirurga. Jednoducho povedané, ten, kto odporúča PN, nech za ňu nesie aj zodpovednosť. A riešenie podobného kroku nás v blízkej budúcnosti čaká aj pri delegovanej preskripcii.

Máte pre svojich kolegov aj nejaké prekvapenie?

Máme úplne horúcu novinku, ktorá zlepší prevenciu onkologických ochorení v ambulancii všeobecného lekára. Ide o Národný onkologický skríning rakoviny hrubého čreva. Pripravili sme niekoľko druhov pozývacích listov pre pacientov, aby si dali v ambulancii všeobecného lekára spraviť test na okultné krvácanie.

Listy budú rozosielané zdravotnou poisťovňou. Jeden list sa bude začínať tak, že ZP v mene VL pozývajú pacienta na bezplatné preventívne vyšetrenie do ambulancie, ďalší bude obsahovať aj „alert“, napr.: „Urobili by ste si 2-minútový test, ktorý by vám zaistil 2 roky pokoja v zdraví? Tento test je bezbolestný, rýchly, spoľahlivý a bezplatný!“ Úspešnosť jednotlivých verzií listov budú zaznamenávať jednotlivé zdravotné poisťovne. Bude sa tým merať účinnosť komunikačných stratégií v pozývacích listoch, ktoré odhalia počet nových záujemcov o skríning. Nateraz súčasťou pozvánky bude aj FOB test.

Som presvedčená, že národné onkologické skríningy musia byť komunikované uniformne a jednotne farebne zladené, aby pacient hneď vedel, o čo ide. Preto sa pre prezentáciu onkologických skríningov bude používať žltá farba a označenie „testy zdravia“. Žltá farba sa spája so slnkom, ránom a dobrou náladou. Má svoju zdôrazňujúcu silu a zvýrazňuje dôležité informácie. A testy zdravia predstavujú pozitívne ladenú hodnotu, ktorú môže jednotlivec testom získať a najmä si ju zachovať.

Taktiež navrhujeme pre ambulancie všeobecných lekárov tzv. žltý čas, ktorý bude v rámci ordinačných hodín venovaný práve vyšetreniam okultného krvácania a preventívnym prehliadkam. Pacienti s pozývacím listom od zdravotnej poisťovne budú môcť prísť do ambulancie všeobecného lekára práve v tomto vyhradenom čase.

Podklady, ako komunikovať s pacientom vo forme jednoduchej a zrozumiteľnej infografiky, dostanú aj sestričky. Verím, že táto atraktívnejšia forma pritiahne do ambulancií všeobecných lekárov v rámci prevencie rakoviny hrubého čreva viac pacientov. A vďaka špeciálnemu kódu na pozývacom liste budeme vedieť zistiť aj to, kto má u pacienta väčšiu váhu a ktorá strana ho viac oslovuje, či zdravotná poisťovňa, alebo jeho všeobecný lekár, čo nám pomôže pri plánovaní podobných akcií zameraných na prevenciu aj v budúcnosti. Žlté hodiny u všeobecného lekára by mali začať fungovať od septembra, najneskôr od októbra.

Cieľom tohto projektu je primárne znížiť počet odvrátiteľných úmrtí, zjednotiť skríningové programy na úrovni štátu a prepojiť ich s preventívnymi prehliadkami, vykonávanými v ambulanciách všeobecných lekárov.

V októbri nás čaká stretnutie na 42. Výročnej konferencii SSVPL. Minulý rok prebehla po prvýkrát v histórii spoločnosti virtuálne a jej výsledky predbehli všetky očakávania. Počas troch dní sa odvysielalo 55 hodín programu, na konferenciu sa zaregistrovalo vyše 1 200 unikátnych návštevníkov, zaznamenalo 8 000 vstupov a sledovali ju návštevníci z Českej republiky, Austrálie, Veľkej Británie, Nemecka, Rakúska, Talianska a mnohých ďalších krajín. V niečom je však osobný kontakt nenahraditeľný. Tešíte sa na kolegov?

Je to fantastická príležitosť, ale aj tu musíme byť v očakávaniach opatrní, pretože všetko závisí od vývoja epidemiologickej situácie. Stále hovorím, že sa netreba tešiť predčasne, lebo čím viac sa človek teší, a niečo mu potom prekazí plány, tým viac býva sklamaný. Treba dúfať a byť pripravený na obidva varianty – prezenčný aj virtuálny. Ale konferencia rozhodne bude!

Netreba sa tešiť predčasne, ale tešiť sa treba každý deň?

Treba sa tešiť každý deň. Tešiť sa, že sme zdraví, že každé ráno vstaneme a môžeme ísť do práce. A keď máme nejaké plány, majme ich, ale naozaj s realistickejšími očakávaniami, pretože veľké tešenie sa prináša aj veľké sklamania. Treba sa tešiť tichšie, pomaly a opatrne, ale, samozrejme, s nádejou, aby nás potom prípadné sklamania veľmi neboleli. Ja stále ostávam usmiatou optimistkou. 🙂

SSVPL nájdete na:

www.ssvpl.sk
www.facebook.com/ssvpl.sk
www.instagram.com/ssvpl.sk
SSVPL

Všeobecný praktik ISSN 1339-2840
Číslo dané do tlače a distribúcie 30. 9. 2021
Adresa redakcie: Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Polianky 5, 841 01 Bratislava, praktik@ssvpl.sk
Editor: MUDr. Peter Makara, Barbora Žiačiková
Redakčná rada: MUDr. Michaela Macháčová, MUDr. Adriana Šimková, PhD., MUDr. Peter Lipovský, MUDr. Tomáš Kolónyi
Autori fotografií: autori článkov, archív SSVPL a TASR
Redakčné práce: Advantage, spol. s r. o.,
Grafické práce: duplacreative
Inzercia: I.D.L. Company, s. r. o., idl@idl.sk, 0918 569 890
Tlač a distribúcia: Kníhtlač Gerthofer Zohor
Všeobecný praktik vydáva Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Polianky 5, 841 01 Bratislava
IČO: 35607131, DIČ: 2020971502, zapísaná v registri občianskych združení MV SR č. spisu VVS/1-900/90-11564
Foto na titulnej strane je z tlačovej konferencie MZ SR ku reforme zdravotníctva zo dňa 10. 8. 2021

Celé znenia vybraných článkov, ako aj zdroje informácií k nim, nájdete na **www.ssvpl.sk**

hlavná odborníčka MZSR

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA SSVPL
Vás pozýva na najväčšie odborné podujatie všeobecných lekárov na Slovensku

42. výročná konferencia SSVPL

VŠEOBECNÝ LEKÁR PRE DOSPELÝCH – HLAVNÝ PILIER ZDRAVOTNÍCTVA

14. – 16. október 2021
Grand Hotel Bellevue **Horný Smokovec**

registrácia už teraz na **www.idl.sk**

PREHĽADNÝ PROGRAM

Štvrtok 14. 10. 2021

Sála	Sála Bellevue I.	Sála Bellevue II.	Sála Bellevue III.
8:00 – 9:00	ČO JE NOVÉ VO VYKAZOVANÍ VÝKONOV NAD RÁMEC KAPITÁCIE A ICH PREPLÁCANIE Z POHĽADU VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V ROKU 2021 (WS)		
9:10 – 10:10	PRAKTIKA MLADÉHO PRÍBEHY A SKÚSENOSTI Moderovaná diskusia mladých praktikov a výboru SSVPL		
10:20 – 11:20	LEGISLATÍVA – ČO JE NOVÉ V ROKU 2021?	PSYCHIATRIA DNEŠNÝCH DNÍ *Blok Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS*	
11:30 – 11:50	SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE, PRÍHOVORY HOSTÍ		
11:50 – 12:30	TÉMA REZERVOVANÁ PRE MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR		
12:30 – 13:30	Obed		
13:30 – 14:30	POVEDZME BOLESTI NIE *Blok podporený spoločnosťou Krka Slovensko s.r.o.*	VARIA *Blok podporený spoločnosťou SSVPL*	PANELOVÁ DISKUSIA: ODBOR ZDRAVOTNÍCTVA VÚC (Združenie SK8)
14.40 – 15.40	VENÓZNE OCHORENIA – NOVINKY A AKTUALITY PRE VŠEOBECNÝCH LEKÁROV *Odborné sympózium podporené spoločnosťou Servier Slovensko*	POST – COVID OČAMI KARDIOLÓGA A INTERNISTU *Blok slovenskej ligy „Srdce srdcu“*	AKÝ VZŤAH MÁ NCZI S PRAKTICKÝM LEKÁROM
15.50 – 16.50	ŠTANDARDNÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY V MANAŽMENTE OBEZITY U DOSPELÝCH 2021 ÚLOHA MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU V STAROSTLIVOSTI O JEDINCOV S OBEZITOU *Blok Slovenskej obezitologickej asociácie*	VARIA : PNEUMOLÓGIA, UROLÓGIA	PANELOVÁ DISKUSIA: ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE
17.00 – 18.00	HEPATOLÓGIA 2021 *Blok Slovenskej hepatologickej spoločnosti SHS*	„SPÁNOK NA ZAVOLANIE“ – LIEČBA NESPAVOSTI V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA	PNEUMOLÓGIA PRE PRAKTICKÉHO LEKÁRA
20:30	Diskusný večer SSVPL		

PREHĽADNÝ PROGRAM

Piatok 15. 10. 2021

Sála	Sála Bellevue I.	Sála Bellevue II.	Sála Bellevue III.
8:00 – 9:00	OKRÚHLY STÔL O OKRÚHLOM CHRBTE *Blok podporený spoločnosťou Wörwag Pharma Slovensko s.r.o.*	BLOK SLOVENSKEJ ASOCIÁCIE PRE VÝŽIVU A PREVENCIU (SAVP)	
9:10 – 10:10	AKÚ CESTU ZVOLIŤ PRE ZLEPŠENIE LIEČBY HYPERTENZIE? ADHERENTNÝ PACIENT = SPOKOJNÝ LEKÁR *Blok podporený spoločnosťou Krka Slovensko s.r.o.*	ZDRAVOTNE PROSPEŠNÉ STRAVOVANIE – SÚČASŤ PREVENCIE CHRONICKÝCH OCHORENÍ	PRÍNOS TRADIČNEJ ČÍNSKEJ MEDICÍNY V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA
10:20 – 11:20	POKRAČUJÚCI INTERAKTÍVNY WORSKSHOP O EKG DIAGNOSTIKE PRE AMBULANTNÚ PRAX VŠEOBECNÉHO LEKÁRA	VARIA	KOGNITÍVNE-BEHAVIORÁLNE POSTUPY V MANAŽMENTE OBEZITY
11:30 – 12:30	PACIENT V ČASE PANDÉMIE – ČO HO ČAKÁ? *Blok podporený spoločnosťou Viatris*	ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY *Blok Národného onkologického inštitútu*	DERMATOLOGICKÝ BLOK
12:30 – 13:30	Obed		
13:30 – 14:30	TEAM – OBVOĎAK plus LEKÁRNIK plus ŠPECIALISTA	Ako digitálne technológie dokážu zjednodušiť prácu lekára a ich aplikácia do moderného manažmentu hypertenzie	PERSPEKTÍVY INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU
14:40 – 15:40	ZLEPŠILI SME STAROSTLIVOSŤ O HYPERTONIKOV V ROKU 2021? *Blok Slovenskej hypertenziológickej spoločnosti SLS (SHS)*		
15:50 – 16:50	VARIA – KARDIOLÓGIA	MANAŽMENT OSTEOPORÓZY A HYPERLIPIDÉMIE BIOLOGICKOU LIEČBOU *Odborné sympózium podporené spoločnosťou Amgen Slovakia, s.r.o.*	ŠTANDARDNÉ POSTUPY V PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH CHORÔB *Blok Pracovnej skupiny kardiovaskulárnej rehabilitácie Slovenskej kardiologickej spoločnosti*
17.00 – 18.00	BLOK SLOVENSKEJ ANGIOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI SLS	BLOK KOMORY FARMACEUTOV *Prednášky podporené spoločnosťou Sanofi Pasteur*	DOPAD PANDÉMIE COVIDU-19 NA ZDRAVOTNÝ STAV OBYVATEĽSTVA. SKÚSENOSTI Z AMBULANTNEJ PRAXE *Blok Slovenskej spoločnosti praktickej obezitológie SSPO*
20:30	Diskusný večer SSVPL		

Sobota 16. 10. 2021

Sála	Sála Bellevue I.	Sála Bellevue II.	Sála Bellevue III.
8:40 – 9:40	KLINIKA VŠEOBECNÉHO LEKÁRSTVA UPJS LF a NEMOCNICE AGEL KOŠICE ŠACA a.s. *Blok podporený SSVPL*	MANAŽMENT PACIENTA S OCHORENÍM BEDROVÉHO KĽBU	AKTUÁLNA ALERGOLÓGIA A IMUNOLÓGIA *Blok Slovenskej imunologickej spoločnosti*
9:50 – 10:50	OČKOVANIE DOSPELÝCH *Blok Slovenskej epidemiologickej a vakcinologickej spoločnosti (SEVS)*	NAJLEPŠIE JE NEFAJČIŤ	POSUDZOVANIE ŽIADATEĽOV O VODIČSKÉ OPRÁVNENIE A REHABILITAČNÉ PROGRAMY Z POHĽADU DOPRAVNEJ PSYCHOLÓGIE A ELEKTRONICKÉ SLUŽBY EVIDENCIE *Blok Slovenskej komory psychológov*
11:00 – 12:00	MODEROVANÁ DISKUSIA NA PÓDIU „ČAS NA OTÁZKY“ (QUESTION TIME) – ČLENSKÁ SCHÔDZA		

Štvrtok 14. 10. 2021

Salónik	Salónik Kristal	Dámsky salónik	Salónik Gold
8:00 – 9:00		**ODPOČINKOVÁ ZÓNA** *pre platiacich členov SSVPL*	**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
10:20 – 11:20		**Meranie prístrojom ZYTO Balance**	**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
11:30 – 12:30	**AROMATERAPIA** *Vplyv esenciálnych olejov na psychiku človeka*	**ODPOČINKOVÁ ZÓNA** *pre platiacich členov SSVPL*	
12:30 – 13:30	**Obed**		
13:30 – 14:30		**ODPOČINKOVÁ ZÓNA** *pre platiacich členov SSVPL*	
14:40 – 15:40	**PÄŤ PRINCÍPOV PSYCHOSOMATIKY** *Čo všetko a ktoré aspekty sa podieľajú na vzniku ochorenia*		
17:00 – 18:00			**SKÚSENOSTI S ČISTÝMI RASTLINNÝMI PRODUKTAMI Duo-Life**

STADA
NORDIC WALKING
ŠTARTUJEME v piatok o 7:30 a 12:15 pred hotelom

Piatok 15. 10. 2021

Salónik	Salónik Kristal	Dámsky salónik	Salónik Gold
8:00 – 9:00	voľné	**ODPOČINKOVÁ ZÓNA** *pre platiacich členov SSVPL*	
9:10 – 10:10	**PÄŤ PRINCÍPOV PSYCHOSOMATIKY** *Čo všetko a ktoré aspekty sa podieľajú na vzniku ochorenia*		**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
10:20 – 11:20	**RESUSCITÁCIA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA** *Aktuálne novinky v resuscitácii ERC 2021, resuscitácia osôb s ochorením COVID 19, resuscitácia s povinným resuscitačným vybavením, kyslíková liečba pri resuscitácii, supraglotické pomôcky, automatický externý defibrilátor*		**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
11:30 – 12:30	**AROMATERAPIA** *Vplyv esenciálnych olejov na psychiku človeka*		**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
12:30 – 13:30	**Obed**		
13:30 – 14:30	**RESUSCITÁCIA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA** *Aktuálne novinky v resuscitácii ERC 2021, resuscitácia osôb s ochorením COVID 19, resuscitácia s povinným resuscitačným vybavením, kyslíková liečba pri resuscitácii, supraglotické pomôcky, automatický externý defibrilátor*	**ODPOČINKOVÁ ZÓNA** *pre platiacich členov SSVPL*	**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
14:40 – 15:40	**RESUSCITÁCIA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA** *Aktuálne novinky v resuscitácii ERC 2021, resuscitácia osôb s ochorením COVID 19, resuscitácia s povinným resuscitačným vybavením, kyslíková liečba pri resuscitácii, supraglotické pomôcky, automatický externý defibrilátor*		**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
15:50 – 16:50	**ŠKOLA CHRBTA – pokračovanie – ŠKOLA RUKY** *(problematika hornej končatiny vo vertebrológii)*		**„UNIVERZÁLNY SYSTÉM OBNOVY ORGANIZMU“ Duo-Life**
17:00 – 18:00	**ŠKOLA CHRBTA – pokračovanie – ŠKOLA RUKY** *(problematika hornej končatiny vo vertebrológii)*		**SKÚSENOSTI S ČISTÝMI RASTLINNÝMI PRODUKTAMI Duo-Life**

Sobota 16. 10. 2021

Salónik	Salónik Kristal	Dámsky salónik	Salónik Gold
8:40 – 9:40	voľné	**ODPOČINKOVÁ ZÓNA** *pre platiacich členov SSVPL*	**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
9:50 – 10:50	**ŠKOLA CHRBTA – pokračovanie – ŠKOLA RUKY** *(problematika hornej končatiny vo vertebrológii)*		**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
11:00 – 12:00			**ANTROPOMETRICKÁ DIAGNOSTIKA OBEZITY A PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV** *Názorná ukážka potravín s vysokou energetickou hodnotou*
12:30 – 13:30	**Obed**		

SESTERSKÁ SEKCIA

Sobota 16. 10. 2021

Grandhotel Starý Smokovec

8:00 – 9:00	**I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK** • *Najnovšie techniky v liečbe alopecií* • *Psoriáza alebo lupienka* • *Liečba pacientov s Urticaria chronica v našom zariadení*
9:00 – 9:25	**OTVORENIE KONFERENCIE** • *Krst knihy COVID-19, edukácia dospelého pacienta*
9:25 – 10:25	**II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK BLOKU SSPO A VŠZASP SV. ALŽBETY** • *Metabolický syndróm u seniorov – skúsenosti z Bardejovského okresu* • *Dopad pandémie COVID-19 na životný štýl vysokoškolákov* • *Úloha sestry v uspokojovaní potrieb výživy a zdravého životného štýlu detí školského veku* • *Predsudok ako prediktor postojov sestier k obéznemu pacientovi* • *Aspekty ovplyvňujúce ošetrovateľskú starostlivosť o obézneho pacienta z pohľadu sestry*
10:35 – 12:00	**III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK** • *Dýchavica u dospelého pacienta v súvislosti s infekčným ochorením* • *SKSaPA* • *Strata čuchu a chute ako príznak COVID-19* • *Bolesť hlavy ako príznak COVID-19*
12:30 – 14:00	**IV. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK** • *Post-COVID-19 syndróm / Long-Covid-19, starostlivosť o dospelého pacienta* • *Manažment kašľa v ambulancii VLD* • *Pohybový režim pri periférnom artériovom ochorení* • *Starostlivosť o nohy diabetika*

POZVÁNKA

MLADÍ PRAKTICI NA CHOPKU

22.-24. 10. 2021

HOTEL GRAND JASNÁ

ORGANIZÁTOR

Podujatie je určené iba pre mladých praktikov, t. j. lekárov zaradených do atestácie, alebo do 5 rokov od atestácie.

Miesto: Hotel Grand, Jasná

Ubytovanie (dve osoby na izbe) a stravovanie je počas podujatia zabezpečené a hradené organizátorom.

Program podujatia už čoskoro.

ODBORNÝ GARANT

PARTNER PODUJATIA

TRIPLIXAM®

perindopril arginín / indapamid / amlodipín

TROJITÁ SILA JEDNO VÍŤAZSTVO[1]

Pretože nám záleží

Triplixam

Zloženie*: Triplixam 5mg/1,25mg/5mg filmom obalená tableta obsahuje: 5 mg perindopril arginínu (per)/1,25 mg indapamidu (ind)/5 mg amlodipínu (amlo); Triplixam 5mg/1,25mg/10mg filmom obalená tableta: 5 mg per/1,25 mg ind/10 mg amlo; Triplixam 10mg/2,5mg/5mg filmom obalená tableta: 10 mg per/2,5 mg ind/5 mg amlo; Triplixam 10mg/2,5mg/10mg filmom obalená tableta: 10 mg per/2,5 mg ind/10 mg amlo. **Indikácie*:** Substitučná terapia na liečbu esenciálnej hypertenzie u pacientov, ktorí sú už kontrolovaní kombináciou fixnej dávky perindopril/indapamid a amlodipínom, podávanými v rovnakých dávkach. **Dávkovanie a spôsob podávania*:** Jedna tableta denne, prednostne ráno a pred jedlom. Kombinácia fixných dávok nie je vhodná ako začiatočná terapia. Ak je potrebná zmena dávkovania, má sa titrovať s jednotlivými zložkami. *Pediatrická populácia:* nemá sa používať. **Kontraindikácie*:** Pacienti na dialýze. Pacienti s neliečeným dekompenzovaným srdcovým zlyhaním. Ťažká porucha funkcie obličiek (Clcr < 30 ml/min). Stredne ťažká porucha funkcie obličiek (Clcr 30 - 60 ml/min) pre Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Precitlivenosť na liečivá alebo na iné sulfónamidy, na dihydropyridínové deriváty, na akýkoľvek iný inhibítor ACE alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Anamnéza angioedému (Quinckeho edém) súvisiaceho s predchádzajúcou liečbou inhibítorom ACE (pozri časť Upozornenia). Hereditárny/idiopatický angioedém. Druhý a tretí trimester gravidity (pozri časti Upozornenia a **Gravidita a laktácia**). Laktácia (pozri časť Gravidita a laktácia). Hepatálna encefalopatia. Ťažká porucha funkcie pečene. Hypokaliémia. Závažná hypotenzia. Šok vrátane kardiogénneho šoku. Obštrukcia výtokovej časti ľavej komory (napr. vysoký stupeň aortálnej stenózy). Hemodynamicky nestabilné srdcové zlyhanie po akútnom infarkte myokardu. Súbežné použitie Triplixamu s liekmi obsahujúcimi aliskiren u pacientov s diabetom mellitus alebo s poruchou funkcie obličiek (GFR < 60 ml/min/1,73 m^2) (pozri časť Interakcie), súbežné užívanie so sakubitrilom/valsartanom (pozri časti Upozornenia a Interakcie), extrakorporálne terapie vedúce ku kontaktu krvi s negatívne nabitými povrchmi (pozri časť Interakcie), významná bilaterálna stenóza renálnej artérie alebo stenóza artérie jednej funkčnej obličky (pozri časť Upozornenia). **Upozornenia*:** Osobitné upozornenia: *Duálna inhibícia systému renín-angiotenzín-aldosterón (RAAS):* Inhibítory ACE a blokátory receptorov angiotenzínu II sa nemajú súbežne používať u pacientov s diabetickou nefropatiou. *Neutropénia/agranulocytóza/trombocytopénia/anémia*: opatrnosť v prípade kolagénového vaskulárneho ochorenia, imunosupresívnej liečby, liečby alopurinolom alebo prokaínamidom, alebo pri kombinácii týchto komplikujúcich faktorov, najmä v prípade už existujúcej poruchy funkcie obličiek. Monitorovanie počtu leukocytov. *Renovaskulárna hypertenzia*: zvýšené riziko hypotenzie alebo renálnej insuficiencie u pacientov s bilaterálnou stenózou renálnej artérie alebo stenózou artérie jednej funkčnej obličky. Liečba diuretikami môže byť podporný faktor. Strata renálnej funkcie sa môže objaviť (s minimálnymi zmenami sérového kreatinínu) dokonca u pacientov s unilaterálnou stenózou renálnej artérie. *Precitlivenosť/angioedém, intestinálny angioedém:* zastaviť liečbu a monitorovať do úplného vymiznutia symptómov. Angioedém spojený s edémom hrtana môže byť fatálny. Súbežné používanie inhibítorov mTOR (napr. sirolimus, everolimus, temsirolimus): Pacienti súbežne liečení inhibítormi mTOR (napr. sirolimus, everolimus, temsirolimus) môžu mať zvýšené riziko angioedému (napr. opuch dýchacích ciest a jazyka, s poruchou dýchania alebo bez nej). Kombinácia perindoprilu so sakubitrilom/valsartanom (kontraindikovaná v dôsledku zvýšeného rizika angioedému). Sakubitril/valsartan nesmie byť podaný skór ako 36 hodín po užití poslednej dávky perindoprilu. Liečba perindoprilom sa nesmie začať skór ako 36 hodín po poslednej dávke sakubitrilu/valsartanu. Súbežné používanie iných inhibítorov NEP (napr. racekadotril) a inhibítorov ACE môže takisto zvýšiť riziko angioedému. *Anafylaktoidné reakcie počas desenzibilizácie*: opatrnosť u alergických pacientov liečených desenzibilizáciou a vyhnúť sa pri imunoterapii jedom. Dočasne prerušiť podávanie inhibítora ACE najmenej 24 hodín pred liečbou. *Anafylaktoidné reakcie počas LDL aferézy:* dočasné vysadenie liečby inhibítorom ACE pred každou aferézou. *Hemodialyzovaní pacienti*: zvážiť použitie iného typu dialyzačnej membrány alebo inej skupiny antihypertenzív. *Primárny aldosteronizmus*: užívanie sa neodporúča u pacientov s primárnym hyperaldosteronizmom (neodpovedajúcim na liečbu pôsobiacu prostredníctvom inhibície renín-angiotenzínového systému). *Gravidita*: nezačínať počas gravidity, zastaviť liečbu a začať alternatívnu liečbu, ak je to vhodné. *Hepatálna encefalopatia*: ukončiť liečbu. *Fotosenzitivita*: zastaviť liečbu. Opatrenia pri používaní: *Funkcia obličiek*: U niektorých hypertenzných pacientov bez predošlých zjavných obličkových lézií a u ktorých renálne krvné testy potvrdzujú funkčnú renálnu insuficienciu, sa má liečba ukončiť a ak je to možné, znova začať, buď pri nižšej dávke alebo len s jednou zložkou lieku. Monitorovanie draslíka a kreatinínu, po dvoch týždňoch liečby a potom každé dva mesiace počas obdobia terapeutickej stabilizácie. *V prípade bilaterálnej stenózy renálnych artérií alebo pri jednej funkčnej obličke:* neodporúča sa. Riziko arteriálnej hypotenzie a/alebo renálnej insuficiencie (v prípade srdcovej insuficiencie, deplécie vody a elektrolytov u pacientov s nízkym krvným tlakom, stenózou renálnej artérie, kongestívnym srdcovým zlyhaním alebo cirhózou s edémom a ascitom): začať liečbu s nižšou dávkou a postupne zvyšovať. *Hypotenzia a deplécia vody a sodíka*: Riziko náhlej hypotenzie v prípade už existujúcej deplécie sodíka (najmä v prípade stenózy renálnej artérie): Monitorovanie plazmatických elektrolytov, opätovné dosiahnutie krvného objemu a krvného tlaku, znova začať liečbu, buď pri nižšej dávke alebo len s jednou zložkou lieku. Hladiny sodíka: Častejšie monitorovanie u starších a u cirhotických pacientov. *Hladiny draslíka*: Hyperkaliémia: monitorovať hladiny draslíka v plazme v prípade renálnej insuficiencie, zhoršenia funkcie obličiek, veku (> 70 rokov), diabetu mellitus, pridružených udalostí, obzvlášť dehydratácie, akútnej srdcovej dekompenzácie, metabolickej acidózy a súbežného užívania draslík šetriacich diuretík, doplnkov draslíka alebo soľných náhrad s obsahom draslíka; alebo iných liekov spôsobujúcich zvýšenie hladín draslíka v sére. Hypokaliémia: vysoké riziko u starších a/alebo podvyživených osôb, cirhotických pacientov s edémom a ascitom, pacientov s ochorením koronárnych artérií, pacientov so zlyhaním obličiek alebo so srdcovým zlyhaním, s dlhým QT intervalom: monitorovanie draslíka v plazme. Môže podporiť vznik *torsades de pointes*, ktoré môžu byť fatálne. *Hladiny vápnika:* hyperkalciémia: ukončiť liečbu pred vyšetrením funkcie prištítnych teliesok. *Renovaskulárna hypertenzia*: v prípade stenózy renálnej artérie: začať liečbu v nemocničnom zariadení s nízkou dávkou; monitorovať funkcie obličiek a draslík. *Suchý kašeľ. Ateroskleróza*: začať liečbu s nízkou dávkou u pacientov s ischemickou chorobou srdca alebo cerebrálnou cirkulačnou insuficienciou. *Hypertenzná kríza. Srdcové zlyhanie/závažná srdcová nedostatočnosť*: Opatrnosť v prípade srdcového zlyhania. Závažná srdcová nedostatočnosť (stupeň IV): začať liečbu pod lekárskym dohľadom so zníženou začiatočnou dávkou. *Stenóza aortálnej a mitrálnej chlopne/hypertrofická kardiomyopatia*: Opatrnosť v prípade obštrukcie výtokovej časti ľavej komory. *Diabetickí pacienti*: U pacientov s inzulín dependentným diabetom mellitus sa má liečba začať pod lekárskym dohľadom so zníženou úvodnou dávkou; monitorovať hladiny glukózy počas prvého mesiaca a/alebo v prípade hypokaliémie. *Čierna rasa:* vyšší výskyt angioedému a zjavne nižšia účinnosť v znižovaní krvného tlaku ako u pacientov iných rás. *Operácia/anestézia*: prerušiť liečbu jeden deň pred operáciou. *Porucha funkcie pečene*: Mierne až stredne ťažká: opatrnosť. Zriedkavo boli inhibítory ACE spojené so syndrómom, ktorý začína cholestatickou žltačkou a progreduje do fulminantnej hepatálnej nekrózy a (niekedy) úmrtia. Zastaviť liečbu, ak sa vyskytne žltačka alebo výrazné zvýšenie hepatálnych enzýmov. *Kyselina močová*: hyperurikémia: Zvýšená tendencia k záchvatom dny. *Staršie osoby*: vyšetriť funkciu obličiek a hladiny draslíka pred začatím liečby. Dávku zvyšovať s opatrnosťou. *Pomocné látky:* zanedbateľné množstvo sodíka. **Interakcie*:** *Kontraindikované:* Aliskiren u diabetikov a pacientov s poruchou funkcie obličiek, extrakorporálne terapie, sakubitril/valsartan. *Neodporúča sa:* Lítium, aliskiren u pacientov iných ako sú diabetickí pacienti a pacienti s poruchou funkcie obličiek, súbežná liečba s inhibítormi ACE a blokátorom angiotenzínového receptora, estramustín, draslík šetriace lieky (napr. triamterém, amilorid...), draslík (soli), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), dantrolén (infúzia), grapefruit alebo grapefruitový džús. *Osobitná starostlivosť*: Baklofén, nesteroidné protizápalové lieky (vrátane kyseliny acetylsalicylovej vo vysokých dávkach), antidiabetiká (inzulín, hypoglykemizujúce lieky), draslík nešetriace diuretiká a draslík šetriace diuretiká (eplerenón, spironolaktón), racekadotril, mTOR inhibítory (sirolimus, everolimus, temsirolimus), lieky vyvolávajúce *torsades de pointes*, amfotericín B (i.v. podanie), glukokortikoidy a mineralokortikoidy (systémové podanie), tetrakosaktid, stimulačné laxatíva, kardioglykozidy, alopurinol, CYP3A4 induktory, CYP3A4 inhibítory. *Treba vziať do úvahy*: Imipramínové antidepresíva (tricyklické), neuroleptiká, iné antihypertenzíva a vazodilatanciá, tetrakosaktid, alopurinol, cytostatiká alebo imunosupresíva, systémové kortikoidy alebo prokaínamid, anestetiká, diuretiká (tiazidové alebo slučkové diuretiká), gliptíny (linagliptín, saxagliptín, sitagliptín, vildagliptín), sympatomimetiká, zlato, metformín, jódované kontrastné látky, vápnik (soli), cyklosporín, atorvastatín, digoxín, warfarín, takrolimus, simvastatín. **Gravidita a laktácia*:** Kontraindikované počas druhého a tretieho trimestra gravidity a počas laktácie. Neodporúča sa počas prvého trimestra gravidity. **Fertilita*:** Reverzibilné biochemické zmeny na hlavičke spermií u niektorých pacientov liečených blokátormi kalciových kanálov. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje*:** Môže byť znížená kvôli nízkemu krvnému tlaku, ktorý sa môže vyskytnúť u niektorých pacientov, najmä na začiatku liečby. **Nežiaduce účinky*:** *Veľmi časté:* edém. *Časté:* závraty, bolesť hlavy, parestézia, vertigo, somnolencia, dysgeúzia, porucha videnia, diplopia, tinnitus, palpitácie, sčervenanie, hypotenzia (a účinky spojené s hypotenziou), kašeľ, dyspnoe, bolesť brucha, zápcha, hnačka, dyspepsia, nauzea, vracanie, zmena činnosti čriev, svrbenie, vyrážka, makulopapulárna vyrážka, svalové spazmy, opuch členkov, asténia, únava. *Menej časté:* rinitída, eozinofília, hypersenzitivita, hypoglykémia, hyperkaliémia reverzibilná po vysadení, hyponatriémia, insomnia, zmeny nálad (vrátane úzkosti), depresia, poruchy spánku, hypestézia, tremor, synkopa, tachykardia, arytmia (vrátane bradykardie, ventrikulárnej tachykardie a atriálnej fibrilácie), vaskulitída, bronchospazmus, suchosť v ústach, urtikária, angioedém, alopécia, purpura, zmeny sfarbenia kože, hyperhidróza, exantém, fotosenzitívne reakcie, pemfigoid, artralgia, myalgia, bolesť chrbta, poruchy močenia, noktúria, polakizúria, zlyhanie obličiek, erektilná dysfunkcia, gynekomastia, bolesť, bolesť na hrudi, nevoľnosť, periférny edém, pyrexia, zvýšená hmotnosť, znížená hmotnosť, zvýšená hladina močoviny v krvi, zvýšená hladina kreatinínu v krvi, pád. *Zriedkavé:* stav zmätenosti, zvýšená hladina bilirubínu v krvi, zvýšená hladina hepatálnych enzýmov, zhoršenie psoriázy. *Veľmi zriedkavé:* agranulocytóza, aplastická anémia, pancytopénia, leukopénia, neutropénia, hemolytická anémia, trombocytopénia, alergické reakcie, hyperglykémia, hyperkalciémia, hypertónia, periferálna neuropatia, mozgová príhoda, pravdepodobne sekundárna v dôsledku nadmernej hypotenzie u vysokorizikových pacientov, angina pectoris, infarkt myokardu, pravdepodobne sekundárny v dôsledku nadmernej hypotenzie u vysokorizikových pacientov, eozinofilná pneumónia, hyperplázia ďasien, pankreatitída, gastritída, hepatitída, žltačka, abnormálna funkcia pečene, multiformný erytém, Stevensov-Johnsonov syndróm, exfoliatívna dermatitída, toxická epidermálna nekrolýza, Quinckeho edém, akútne zlyhanie obličiek, zníženie hemoglobínu a hematokritu. *Neznáme:* deplécia draslíka s hypokaliémiou, závažná najmä u vysokorizikovej populácie, extrapyramídová porucha (extrapyramídový syndróm), myopia, rozmazané videnie, *torsades de pointes* (potenciálne smrteľné), možnosť nástupu hepatálnej encefalopatie v prípade hepatálnej insuficiencie, možné zhoršenie už existujúceho systémového lupus erythematosus, predĺžený interval QT na elektrokardiograme, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močovej v krvi, Raynaudov fenomén. Syndróm neprimeranej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH) môže byť považovaný za veľmi zriedkavú, ale možnú komplikáciu spojenú s liečbou ACE inhibítormi. **Predávkovanie*. Vlastnosti*:** Perindopril je inhibítor angiotenzín konvertujúceho enzýmu (inhibítor ACE), ktorý konvertuje angiotenzín I na angiotenzín II. Indapamid je sulfónamidový derivát s indolovým kruhom, farmakologicky príbuzný s tiazidovou skupinou diuretík. Amlodipín je inhibítor vstupu kalciových iónov z dihydropyridínovej skupiny (blokátor pomalého kanála alebo antagonista kalciových iónov) a inhibuje transmembránový vstup kalciových iónov do srdcového svalu a hladkých svalov ciev. **Balenie*:** 30 alebo 90 tabliet.

Dátum revízie textu: 08/2019.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A., ul. Annopol 6B, 03-236 Varšava, Poľsko

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia.

* Podrobné informácie sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese miestneho zástupcu držiteľa: Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111, fax: 02/54432690

Materiál je určený výlučne pre osoby oprávnené predpisovať alebo vydávať liek. Dátum prípravy materiálu: September 2020.

Literatúra: 1. Toth K et al. PIANIST Investigators. Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137–145

TPX-17-2020-ADV

INZ 06 – 03/2021

SERVIER
Život vďaka objavom

Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, fax: +421 2 54 43 26 94