Novinky zo Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SSVPL

VŠEOBECNÝ PRAKTIK

3 | 2022

Sme váš nový výbor. Sme tu pre vás

Pulzná vlna v ambulancii všeobecného lekára

Zmeny v legislatíve

Rozhovor s Katarínou Kováčovou, predsedníčkou Mladých praktikov

SOCIETAS MEDICINAE GENERALIS SLOVACA PRACTICAE FAMILIARE

Literatúra:

1. Fábryová Ľ et al. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku, 2021, https://www.mzsr.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve

Skrátená informácia o lieku:

Názov lieku: Saxenda® 6 mg/ml injekčný roztok naplnený v injekčnom pere **Liečivo:** liraglutid **Lieková forma:** injekčný roztok naplnený v injekčnom pere **Terapeutické indikácie**: Dospelí: Saxenda® je určená na použitie ako doplnok k redukčnej diéte a zvýšenej fyzickej aktivite pri regulácii telesnej hmotnosti u dospelých pacientov s východiskovým indexom telesnej hmotnosti (BMI): ≥30 kg/m² (obezita) alebo ≥27 kg/m² až <30 kg/m² (nadváha) pri súčasnom výskyte komorbidity, ako je dysglykémia (prediabetes alebo diabetes 2. typu), hypertenzia, dyslipidémia alebo obštrukčné spánkové apnoe. Dospievajúci (≥ 12 rokov): Saxenda® sa môže používať ako doplnok zdravej výživy a zvýšenej fyzickej aktivity pri regulácii hmotnosti u dospievajúcich pacientov vo veku od 12 rokov a starších s obezitou (BMI zodpovedajúci ≥30 kg/m² pre dospelých podľa medzinárodných hraničných bodov)* a telesnou hmotnosťou nad 60 kg. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Dospelí: úvodná dávka je 0,6 mg jedenkrát denne. Táto dávka sa má zvyšovať až na hodnotu 3,0 mg jedenkrát denne, pridávaním po 0,6 mg v minimálne jednotýždňových intervaloch, na zlepšenie gastrointestinálnej tolerancie. Dávky vyššie ako 3,0 mg denne sa neodporúčajú. Dospievajúci (≥ 12 rokov): U dospievajúcich vo veku od 12 do 18 rokov sa má používať podobný postup navyšovania dávky ako u dospelých. Dávka sa má navyšovať až do dosiahnutia 3,0 mg (udržiavacia dávka) alebo do dosiahnutia maximálnej tolerovanej dávky. Denné dávky vyššie ako 3,0 mg sa neodporúčajú. Saxenda® sa nemá používať v kombinácii s inými agonistami GLP-1 receptora. Pri začatí liečby liekom Saxenda®, sa má zvážiť zníženie dávky súbežne podávaného inzulínu alebo stimulantov tvorby inzulínu (napr. sulfonylurea), aby sa znížilo riziko hypoglykémie. Dávku nie je potrebné upravovať podľa veku. Nie je potrebná úprava dávky u pacientov s miernou alebo strednou poruchou funkcie obličiek (klírens kreatínu ≥30 ml/min). Používanie lieku Saxenda® sa neodporúča u pacientov so závažnou poruchou funkcie obličiek (klírens kreatínu ≤30 ml/min) vrátane pacientov s terminálnym štádiom renálneho ochorenia. Neodporúča sa úprava dávky u pacientov s miernou alebo stredne závažnou poruchou funkcie pečene. Používanie lieku Saxenda® sa neodporúča u pacientov so závažnou poruchou funkcie pečene a opatrnosť je potrebná u pacientov s miernou alebo stredne závažnou poruchou funkcie pečene. Nie je potrebná úprava dávky u dospievajúcich vo veku od 12 rokov a starších. Saxenda® je určená len na subkutánne použitie. Nesmie sa podávať intravenózne alebo intramuskulárne. Saxenda® sa podáva jedenkrát denne v akomkoľvek čase, nezávisle od jedla. Môže sa aplikovať do oblasti brucha, stehna alebo nadlaktia. Miesto podávania injekcie a čas podávania sa môže meniť bez úpravy dávky, avšak je vhodnejšie, keď sa podáva približne v rovnakom čase dňa, ktorý bol zvolený ako najvýhodnejší čas dňa. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Nie sú žiadne klinické skúsenosti s použitím u pacientov s kongestívnym zlyhávaním srdca New York Heart Association (NYHA) triedy IV, a preto sa používanie liraglutidu u týchto pacientov neodporúča. Bezpečnosť a účinnosť liraglutidu pri regulácii telesnej hmotnosti neboli sledované u pacientov: vo veku 75 rokov alebo starších, liečených inými liekmi na reguláciu telesnej hmotnosti, s obezitou ako druhotným príznakom endokrinologického ochorenia alebo poruchami príjmu potravy alebo pri užívaní liekov, ktoré môžu spôsobiť nárast telesnej hmotnosti, so závažnou poruchou funkcie obličiek, so závažnou poruchou funkcie pečene. Použitie u týchto pacientov sa preto neodporúča. Poživanie liraglutidu u pacientov so zápalovým ochorením čriev a diabetickou gastroparézou sa neodporúča. Akútna pankreatitída bola pozorovaná pri používaní agonistov GLP-1 receptora. Pacienti majú byť informovaní o typických príznakoch akútnej pankreatitídy. V prípade podozrenia na pankreatitídu sa má liraglutid vysadiť; ak sa akútna pankreatitída potvrdí, liraglutid sa nemá znovu používať. V klinických štúdiách zameraných na reguláciu telesnej hmotnosti bola pozorovaná vyššia miera cholelitiázy a cholecystitídy u pacientov liečených liraglutidom. Cholelitiáza a cholecystitída môžu viesť k hospitalizácii a cholecystektómii. Pacienti majú byť informovaní o typických príznakoch cholelitiázy a cholecystitídy. Liraglutid sa má používať opatrne u pacientov s ochorením štítnej žľazy. Tepová frekvencia sa má monitorovať v pravidelných intervaloch v súlade so zaužívanou klinickou praxou. Pacienti majú byť informovaní o príznakoch zvýšenej tepovej frekvencie (búšenie srdca alebo pocit veľmi rýchleho tlkotu srdca v pokoji). U pacientov s klinicky významným trvalým zvýšením tepovej frekvencie v pokoji, sa má liečba liraglutidom ukončiť. Pacienti liečení liraglutidom majú byť poučení o potenciálnom riziku dehydratácie v súvislosti s gastrointestinálnymi vedľajšími účinkami a majú vykonať preventívne opatrenia, aby zabránili strate tekutín. U pacientov s diabetom 2. typu používajúcich liraglutid v kombinácii s inzulínom a/alebo so sulfonylureou môže byť zvýšené riziko hypoglykémie. Saxenda® sa nesmie používať u pacientov s diabetes mellitus ako náhrada inzulínu. U pacientov závislých od inzulínu bola po náhlom prerušení podávania alebo znížení dávky inzulínu hlásená diabetická ketoacidóza. **Liekové a iné interakcie:** Po začatí liečby liraglutidom sa u pacientov liečených warfarínom alebo inými kumarínovými derivátmi odporúča častejšie sledovanie INR (International Normalised Ratio). Pri súbežnom podávaní paracetamolu sa nevyžaduje žiadna úprava dávky. Nie je potrebná žiadna úprava dávky atorvastatínu pri jeho podávaní s liraglutidom. Úpravy dávok grizeofulvínu a iných zložiek s nízkou rozpustnosťou a vysokou priepustnosťou nie sú potrebné. Nie je potrebná žiadna úprava dávky digoxínu a lizinoprilu. Predpokladá sa, že antikoncepčný účinok nie je ovplyvnený spoločným podávaním s liraglutidom. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Liraglutid sa nemá používať počas gravidity. Ak si pacientka želá otehotnieť alebo otehotnie, liečba liraglutidom sa má prerušiť. Nie je známe, či sa liraglutid vylučuje do ľudského materského mlieka. Pre nedostatok skúseností sa Saxenda® nemá používať počas dojčenia. Štúdie na zvieratách nepreukázali škodlivé účinky na fertilitu. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Saxenda® nemá žiadny alebo má len zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Závraty sa však môžu vyskytnúť najmä počas prvých 3 mesiacov liečby. Ak sa vyskytnú závraty, vedenie vozidla a obsluha strojov sa má vykonávať s opatrnosťou. **Nežiaduce účinky:** *Veľmi časté:* bolesť hlavy, nauzea, vracanie, hnačka, zápcha *Časté:* hypoglykémia, nespavosť, závrat, porucha chuti, pocit suchých úst, dyspepsia, astritída, gastroezofageálny reflux, bolesť v nadbrušku, nadúvanie, grganie, abdominálna distenzia, cholelitiáza, reakcie v mieste podávania injekcie, asténia, únava, zvýšená hladina lipázy, zvýšená hladina amylázy *Menej časté:* dehydratácia, tachykardia, pankreatída, oneskorené vyprázdňovanie žalúdka, cholecystitída, urtikária, malátnosť *Zriedkavé:* anafylaktická reakcia, akútne zlyhanie obličiek, porucha funkcie obličiek **Zatriedenie lieku podľa spôsobu výdaja:** Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis **Dátum revízie textu:** december 2021 **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsværd, Dánsko Podrobné informácie o tomto lieku sú dostupné na internetovej stránke Európskej agentúry pre lieky http://www.ema.europa.eu alebo na doleuvedenej adrese spoločnosti.

novo nordisk®

Novo Nordisk Slovakia s.r.o., ROSUM, Bajkalská 19/B, 821 01 Bratislava.

SV22SX00002

Saxenda®
injekcia liraglutidu

Ideme ďalej...

Príhovor novozvoleného prezidenta Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva MUDr. Petra Makaru

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

dovoľte mi prihovoriť sa vám ako novozvolenému prezidentovi SSVPL v najnovšom čísle Všeobecného praktika. V prvom rade sa vám chcem poďakovať za dôveru, ktorú ste mne a ostatným členom výboru prejavili pri voľbe nového vedenia našej odbornej spoločnosti. Vaše hlasy sú pre novozvolených členov výboru nielen legitímnou, ale aj významnou mentálnou podporou a motiváciou, aby sme sa nielen každodennou prácou v ambulanciách, ale aj prácou v spoločnosti v prospech kolegov usilovali o posúvanie nášho odboru vpred.

Noví členovia boli zvolení v súlade so Stanovami SSVPL na prvom zasadaní Výboru SSVPL 25. 6. 2022 v Jasnej. Okrem mňa, ako novozvoleného predsedu spoločnosti, sa jej viceprezidentom stal MUDr. Peter Lipovský a vedeckým sekretárom MUDr. Peter Pekarovič. Na ostatnom výbore v septembri v Jasnej sa Peter Pekarovič vzdal funkcie vedeckého sekretára a do tejto pozície bola zvolená MUDr. Jana Bendová. Ostatných nových členov nového výboru vám predstavujeme v tomto čísle nášho odborného časopisu. Za predsedu dozornej rady bol zvolený MUDr. Ľubomír Molčan.

Novú predsedníčku majú aj Mladí praktici. Stala sa ňou MUDr. Katarína Kováčová, aktívna všeobecná lekárka zo Šale. Týmto by som chcel vysloviť veľké poďakovanie za doterajšie vedenie našich mladých kolegov MUDr. Petrovi Lipovskému. Rozhovor s novou predsedníčkou Mladých praktikov o jej profesijnej histórii a víziách na novom poste nájdete v tomto čísle časopisu.

Chcel by som sa za doterajšiu prácu poďakovať všetkým odchádzajúcim členom výboru a zároveň sa teším na pôsobenie nových kolegov, ktorí budú pokračovať v kontinuite doterajšej ľudskej spolupráce a určite prinesú do práce výboru, ale aj do fungovania celej spoločnosti, novú energiu a podnety.

Tie prajem aj zástupcom pre zahraničné aktivity, ktorí svojou odbornosťou a skúsenosťami budú určite na vysokej úrovni nielen prezentovať našu spoločnosť v medzinárodných organizáciách, ale prinášať aj dôležité poznatky zo zahraničných stretnutí do našich radov.

V práci nového výboru chceme pokračovať v doterajšej kontinuite a dôsledne obhajovať postavenie lekárov primárneho kontaktu v systéme zdravotnej

starostlivosti. V tomto smere vyzývame aj tých členov spoločnosti, ktorí by chceli pracovať na rôznych úrovniach nášho pôsobenia doma či v zahraničí, k aktívnej spolupráci. Radi ich ako spoločnosť podporíme. A pokiaľ nám to naša každodenná prax dovolí, určite chceme zlepšiť komunikáciu a informovanosť našich členov aj nečlenov o dianí v spoločnosti. Príkladom tohto úsilia je newsletter o najaktuálnejšom dianí v SSVPL a sfére primárneho kontaktu, ktorý vám chceme zasielať každý mesiac.

Každodennú prácu v ambulanciách nemusíme dnes hodnotiť, pretože ju všetci dôverne poznáte. Uhorkovú sezónu sme však rozhodne v ambulanciách nemali. V rámci bežných ochorení, ale aj ochorení COVID-19, našťastie dnes už s ľahšími priebehmi, sa orientujeme v nových vyhláškach a nariadeniach, ktorých realizácia nie je vždy jednoduchá. Oceňujem však váš odborný prístup, trpezlivosť a hľadanie najlepších riešení pre pacienta.

V našich ambulanciách vždy platí, že sa usilujeme robiť „medicínu s ľudskou tvárou“. Táto téza bola aj hlavnou témou nedávnej 27. konferencie WONCA v Londýne – Innovating family medicine together for a suitanable future – Zlepšujeme spolu všeobecné lekárstvo pre vhodnú budúcnosť, ktorá zdôrazňovala potrebu „ušiť“ starostlivosť na mieru jedinca so

zachovaním humánneho charakteru rešpektujúc hodnoty a preferencie pacienta. O účasti zástupcov Slovenska na 27. konferencii WONCA, ktorú podporila naša spoločnosť, sa tiež dozviete viac v zaujímavých reportoch v tomto vydaní Praktika.

Treba však oceniť, že v každodennej praxi v ambulanciách sa flexibilne prispôsobujeme situáciám, novým spôsobom komunikácie s pacientom, novým kompetenciám v starostlivosti o neho, novým požiadavkám a nariadeniam, potrebám zmeny manažmentu ambulancií. Neprispôsobujeme sa však pasívne, ale ako odborná spoločnosť sa vo všetkých nevyhnutných situáciách a na všetkých možných fórach usilujeme nielen komunikovať svoje odborné stanoviská, ale aj obhajovať práva a dobré meno všeobecných lekárov. A v tejto nastúpenej ceste budeme pokračovať.

Na záver môjho príhovoru vás chcem aj tento rok srdečne pozvať na najväčšie odborné podujatie všeobecných lekárov – 43. konferenciu SSVPL 2022, ktorá sa bude konať v dňoch 13. 10. – 15. 10. 2022 v Hoteli Bellevue v Hornom Smokovci.

Hlavnou témou kongresu bude Prevencia v ambulantnej praxi, ale dozviete sa užitočné informácie aj o najnovšej legislatíve, rokovaní so zdravotnými poisťovňami, o inovatívnych technológiách v ambulancii všeobecného lekára, o revíznom lekárstve, očkovaní v ambulanciách všeobecného lekára. Prednášať budú aj kapacity spolupracujúcich odborných spoločností, napríklad z oblasti internej medicíny, kardiológie, pneumológie, angiológie, hepatológie, gastroenterológie a iných. Sú to len niektoré z tém, ktoré ste si sami vyžiadali, a verím, že okrem odborného programu, kde si každý nájde to „svoje“, budú pre vás rovnako inšpiratívne aj neformálne stretnutia s kolegami z celého Slovenska. Blokom, týkajúcich sa nových kompetencií všeobecných lekárov, bude predsedať hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR pre všeobecné lekárstvo MUDr. Adriana Šimková, ktorá neúnavne obhajuje naše postavenie u kompetentných orgánov.

A predsa ešte bodka na záver, ktorá sa týka nielen oblasti vzdelávania, ale aj posúvania prestíže všeobecných lekárov. Chcel by som v mene nás všetkých srdečne zablahoželať členke výboru SSVPL MUDr. Beáte Blahovej, ktorá nedávno obhájila doktorandskú prácu na tému Skríning kolorektálneho karcinómu v ambulancii všeobecného lekára a získala titul PhD. Rozšírila tak rady všeobecných lekárov s týmto vedeckým titulom, ktorých príklad sa stáva aj pre ostatných kolegov povzbudením k ďalšiemu štúdiu a inšpiráciou k rozširovaniu možností všeobecných lekárov v starostlivosti o našich pacientov. Krátku informáciu o jej práci prinášame na ďalších stránkach Všeobecného praktika.

Milé kolegyne, milí kolegovia,
prajem vám po letných dovolenkách, ktoré sa vám snáď podarilo prežiť podľa vašich predstáv a dovolili vám načerpať novú energiu pre prácu v ambulanciách, veľa síl, trpezlivosti a motivácie. Nové vedenie našej spoločnosti vás bude podporovať v tom, aby ste ich nestrácali.

S úctou

MUDr. Peter Makara,
prezident Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva

SSVPL nájdete na:

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

Foto na titulke je zo septembrového zasadnutia výboru v Jasnej, ku príprave 43. konferencie SSVPL.
Všeobecný praktik ISSN 1339-2840
Číslo dané do tlače a distribúcie 4. 10. 2022
Adresa redakcie: Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Polianky 5, 841 01 Bratislava, praktik@ssvpl.sk
Editor: MUDr. Peter Makara, Barbora Žiačiková
Redakčná rada: MUDr. Beáta Blahová, MUDr. Peter Lipovský, MUDr. Michaela Macháčová, MUDr. Soňa Ostrovská, MUDr. Peter Pekarovič, MUDr. Adriana Šimková, PhD.
Autori fotografií: autori a respondenti 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

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

Vďaka podpore SSVPL sme boli účastníkmi svetovej konferencie a prekonferencie všeobecných lekárov WONCA (World Organization of Family Doctors) v Londýne

Vďaka podpore Slovenskej spoločnosti všeobecného lekárstva nám bolo ako členom Mladých praktikov umožnené zúčastniť sa svetovej konferencie a prekonferencie všeobecných lekárov WONCA (World Organization of Family Doctors) v Londýne, z ktorej prinášame krátku reportáž.

WONCA Preconference London 27. – 28. 6. 2022

Nehľadajte na prekonferencii tradičné témy a akademický prednes o diagnostike a liečbe ochorení. Na tento účel slúžia štandardné postupy pre všeobecných lekárov voľne prístupné na guidelines.co.uk. Na prekonferencii sa zúčastnilo približne 263 účastníkov z 31 krajín. Prekonfrencia sa konala v **Resource of London**, vzdialenej približne hodinu cesty metrom od hlavnej WONCA konferencie.

Po **otváracej ceremónii**, na ktorej vystúpili predseda Royal College of General Practioners prof. Martin Marshall a prezident WONCA Europe prof. Shlomo Vinker, organizátori zahájili pre účastníkov prekonferenciu v sále **Speed networking Bingo**. Tento rýchly a efektívny spôsob zoznamovania sa a nadväzovania nových kontaktov nám pomohol rýchlo sa integrovať medzi milých, komunikatívnych, otvorených a entuziastických mladých ľudí.

Bolo to veľmi príjemné a motivujúce stretnutie, na ktorom prebiehala výmena skúseností a zvyklostí z oblasti všeobecného lekárstva z jednotlivých krajín. V mnohých západných krajinách pôsobia všeobecní lekári ako rodinní lekári, ošetrujú aj pediatrických pacientov, či venujú sa ošetrovaniu veľkej časti gynekologických problémov u pacientov (UK, Holandsko). Výučba mladých lekárov v UK sa sústreďuje na rýchle a efektívne riešenie problémov v rámci tzv. 10-minútových konzultácií pacientov s fokusom na jeden problém.

Samotný program prekonferencie tvorilo 21 seminárov, z ktorých 9 seminárov viedli mladí lekári z European Young Doctors Movement (EYFDM) – pôvodne Vasco da Gama movement. Semináre paralelne prebiehali v 4 až 6 sekciách a účastníci si mohli zvoliť témy podľa preferencií.

Prvý deň prekonfrencie sa fokusovalo na **témy**, ako LGBTQI komunita v primárnej sfére, témy o migrantoch, ale aj témy, ako **bálint skupiny** či social prescribing, ktoré zatiaľ nie sú na Slovensku alebo v Česku rozšírené. **Social prescribing** bolo do zdravotnej politiky UK (United Kingdom) integrované v roku 2019. O social prescribing (v preklade sociálne predpisovanie) hovoríme vtedy, keď zdravotníci odporúčajú pacientom podporu v komunite s cieľom zlepšiť ich zdravie a pohodu. Tento koncept získal podporu v organizáciách aj v Írsku a Holandsku, a tvorí súčasť dlhodobého plánu zdravotného systému zúčastnených krajín. (Pre viac informácií link: https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/)

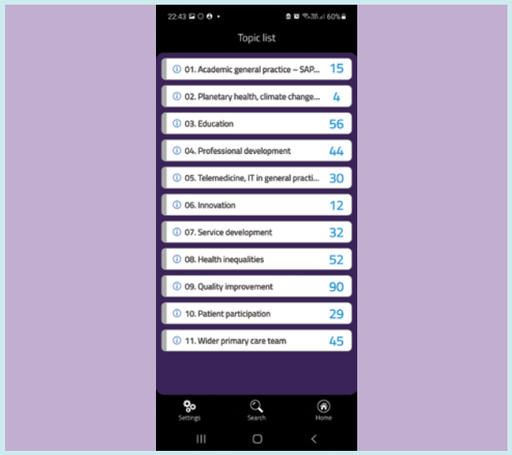
Ďalší **okruh tém** tvorili: násilie v rodinách, návody, ako predchádzať syndrómu vyhorenia u zdravotníkov, rovnoprávnosť žien v medicíne, medicína životného štýlu a ukážka prístupu k pacientovi na modifikáciu jeho životného štýlu, mentálne zdravie zdravotníkov počas pandémie, náhľad na stres, bojazlivosť a depresie mladých zdravotníkov v nemocniciach, ako aj možnosti zlepšenia nefunkčného pracovného prostredia pre komunitu mladých zdravotníkov. Našli sme tu mnoho inšpirácií a radi by sme vám tieto nové témy predstavili aj na 43. výročnej konferencii Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva v sekcii Mladí praktici (https://ssvpl.sk/43-vyrocna-konferencia-ssvpl-2022/). Konferencia SSVPL sa koná v dňoch 13. – 15. 10. 2022 Hotel Bellevue Horný Smokovec.

Prvý deň konferencie zavŕšilo spoločenské stretnutie účastníkov na rieke Temža. S radosťou sme sa zvítali s českými Mladými praktikmi (MP), a s místopredsedkyňou Mladých praktikov MUDr. Marikou Svatošovou sme uzavreli dohodu o spolupráci slovenských a českých MP a tešíme sa na spoločné projekty, stretnutia a vzájomné inšpirácie.

Druhý deň prekonferencie sa spoločenský program sústredil na návštevu Olympic parku a východného Londýna. Nás však čakalo stretnutie národných delegátov EYFDM, ktoré sa uskutočnilo v priestoroch hlavnej konferencie – vo výstavnom a kongresovom centre **ExCeL London** (https://en.wikipedia.org/wiki/ExCeL_London).

Konferencia WONCA Europe v Londýne 28. 6. – 1. 7. 2022

Konferencia ponúkla širokú škálu tém v oblastiach, ako telemedicína vo všeobecnom lekárstve, inovácia, rozvoj služieb, nerovnosti v oblasti zdravia, profesionálny vývoj zdravotníkov, vzdelávanie, zlepšovanie kvality vo všeobecnom lekárstve, participácia pacienta, klimatické zmeny a enviromentálna udržateľnosť, a v mnohých ďalších oblastiach.



Prvý rok prebiehala konferencia v hybridnej forme – to je prezenčnej, ktorej sa zúčastnilo 2 467 účastníkov, a online konferenciu sledovalo 324 účastníkov. Pre účastníkov konferencie bola k dispozícii mobilná aplikácia, s ktorou sa rozšírili možnosti interaktívnosti. Appka ponúkala okrem prehľadného programu vytvoriť personálny plánovač podľa vlastného výberu prednášok, možnosťou hlasovania a kladenia otázok počas prednášok, ponúkla interaktívny vedecký program a mnohé iné. Vyčerpávajúce prednášky prebiehali v 13 sekciách od 8.30 do 17.30 hod.

Prezentácia posterov a predsedanie seminárov MUDr. Mgr. Silvia Masaryková

Vedecká komisia umožnila autorom posterov prezentovať svoju prácu v klasickej printovej verzii, rovnako ako ePoster podľa subjektívnych preferencií. Prezentácia posterov prebiehala počas obedných prestávok, kde autori posterov prezentovali prítomným kolegom výsledky práce. Pani doktorka Silvia Masaryková úspešne prezentovala poster ako autorka témy Úloha všeobecného lekára v prevencii a skorom manažmente nádorov vyvolaných ľudským papilomavírusom. Rovnako úspešne predsedala a viedla seminárne bloky s témami, ako prístup k očkovaniu proti chrípke na vidieku v čase pandémie COVID-19, podpora vzdelávacieho procesu zdravotníkov pacientom a iné. Absolvovala Kurz prvej pomoci s praktickým nácvikom zručností.

Okrem prednášok bol pre účastníkov pripravený aj tradičný ranný beh/chôdza – RUN TALK RUN & WALK TALK WALK, kde si každý podľa výkonnosti mohol vybrať dĺžku trasy medzi 3 a 5 km a s rôznym tempom, a tak sa rozhýbať pred odborným programom.

WONCA London 2022 v číslach:

2 467 prítomných účastníkov

324 účastníkov na vzdialenom pripojení

71 krajín

viac ako 600 spíkrov

43 výstav

11 industriálnych sympózií

604 posterov

41 medicínskych workshopov

Konferencia v nás zanechala množstvo dojmov, živých tém, riešení a nápadov pre Mladých praktikov Slovensko. S radosťou vám budeme tieto témy prezentovať v rámci plánovaných vzdelávacích akcií a kongresov, a rovnako radi budeme šíriť tento získaný entuziazmus a motiváciu medzi Mladými praktikmi Slovensko.

Súčasťou WONCA konferencie bola prezentácia o možnostiach výmenných vzdelávacích pobytov pre mladých všeobecných lekárov, o ktorých budeme čoskoro informovať na FB stránke Mladí praktici a na stránke SSVPL. Aktuálne skúsenosti a zážitky z konferencie v Londýne nás obohatili a motivovali na aktívnu účasť všeobecných lekárov – Mladých praktikov na európskej konferencii WONCA v Bruseli 2023.

Katarína Kováčová
národná delegátka za Slovensko pre EYFDM
predsedníčka Mladých praktikov

Silvia Masaryková
koordinátorka zahraničných aktivít
za Slovensko pre EYFDM
členka Mladých praktikov

Prednášali sme na 27. svetovej konferencii WONCA

WONCA je svetová organizácia rodinných lekárov, ktorá je v oficiálnom vzťahu so Svetovou zdravotníckou organizáciou. Bola založená v roku 1972 a akronym WONCA bol odvodený z prvých písmen World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians.

WONCA v tomto roku oslávila svoje 50. výročie. Tento rok sa európsky kongres konal v Londýne, hlavnom meste Veľkej Británie, v dňoch 27. 6. – 1. 7. 2022. Prvé dva dni tradične patrili prekonferencii mladých praktikov združených do Vasco de Gama Movement, s novým názvom Young Family Doctor Movement.

Organizátorom kongresu WONCA, ako to už tradične býva zvykom, bola miestna organizácia všeobecných lekárov. Tentoraz RCGP (Royal College of General Practitioners – Kráľovská spoločnosť všeobecných praktických lekárov). Ako podčiarkla vo svojom obsažnom prejave prezidentka Kráľovskej spoločnosti všeobecných praktických lekárov Clare Mary Louise Francis Gerade, Lady Wessely, DBE, FRCP, FRCG, PFRCPsych, organizácia oslavuje 70. výročie svojho založenia v rovnakom roku, ako si kráľovná Alžbeta II. pripomenula 70. výročie svojho panovania.

Konferencie sa zúčastnilo 2 467 účastníkov prezenčne a 326 účastníkov využilo možnosť pripojiť sa online. Účastníci kongresu zo 71 krajín sveta si mali možnosť vypočuť 600 prednášok, prezrieť si 604 posterov a zúčastniť sa 41 workshopov.

Ako miesto konania organizátori vybrali ExCeL (Exhibition Centre London), veľkolepé výstavné

priestory disponujúce ako veľkou prednáškovou sálou, tak menšími prednáškovými miestnosťami. ExCeL je umiestnený v londýnskych dokoch, ktoré umožnili usporiadať aktivitu zameranú na zdravý životný štýl formou behu a chôdze. Pohybovej aktivity sa zúčastnilo mnoho kolegov, ktorí zdravý životný štýl nielen odporúčajú svojim pacientom, ale sami ho aj úprimne žijú. Aj tejto problematiky sa týkala prednáška doktorky Anny Stavdalovej z Nórska, prezidentky WONCA, v ktorej hovorila o tom, ako nevyhorieť, ako čeliť povinnostiam, odolávať každodennému tlaku a zároveň sa tešiť zo života a užívať si jeho krásy.

Hlavnou témou konferencie bolo: Innovating Family Medicine Together for a Sustainable Future – Zlepšujeme spolu všeobecné lekárstvo pre vhodnú budúcnosť. Počas kongresu sa načrtávali možnosti využitia moderných technológií a umelej inteligencie v starostlivosti o ľudí, a zároveň sa podčiarkovala potreba „ušiť" starostlivosť na mieru jedinca so zachovaním humánneho charakteru, rešpektujúc hodnoty a preferencie pacienta.

Tradične sa WONCA venovala aj organizácii práce všeobecného lekára. Predseda organizačného výboru 27. európskeho kongresu WONCA doktor Stewe Mowle vo svojej prednáške priblížil zmenu spôsobu práce v minulosti (jeden lekár, jedna sestra) na tímovú prácu, kde je lekár manažérom tímu zdravotníkov a nezdravotníkov v starostlivosti o pacientov. Vzájomná spolupráca, dostupnosť zdravotnej starostlivosti na celom svete aj napriek ekonomickým rozdielom, ako aj práca pre komunitu a v komunitách, patria medzi hlavné témy WONCA.

Tieto témy vnímam aj ja ako kľúčové. 27. európskej konferencie WONCA som sa zúčastnila aktívne prostredníctvom štyroch prezentácií:

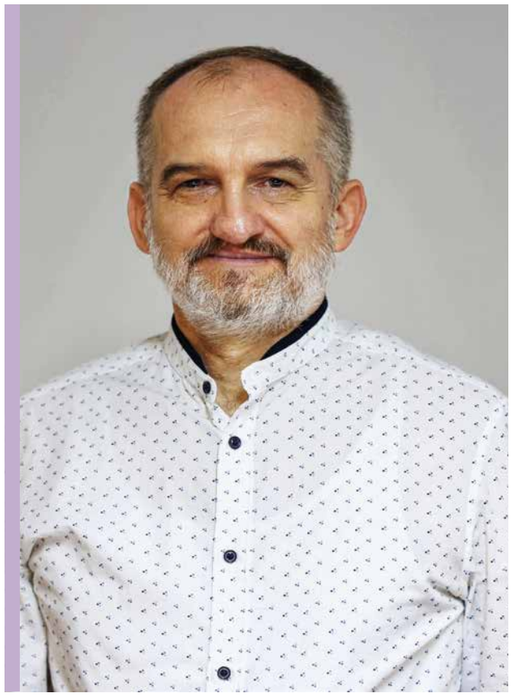
Prácou Periférne artériové ochorenie – tvorba odporúčaní v Slovenskej republike formou prednášky One slide 5 minutes, čo je veľmi dynamický a efektívny spôsob prednášania. Približne tri minúty je samotná prednáška a dve minúty na diskusiu. V prednáške som vyzdvihla využitie merania ABI v skríningu periférneho artériového ochorenia, ako súčasť preventívnej prehliadky v Slovenskej republike. Zavedenie tejto metodiky je výsledkom intenzívnej spolupráce Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva a Slovenskej angiologickej spoločnosti. Z diskusie vyplynulo, že problematika diagnostiky periférneho artériového ochorenia v rámci diferenciálnej diagnostiky bolesti dolných končatín je veľmi aktuálna.

Moja druhá prednáška Venózny tromboembolizmus – veľa otázok, menej odpovedí bola formou Science Slam, čo je rovnako dynamická a inovatívna forma prednášky. Jej korene sa dajú nájsť v nemeckom Darmstadte v roku 2006. Od roku 2013 ho organizuje aj Masarykova univerzita v Českej republike. Science Slam má podobu vedeckej šou, v ktorej sa zábavnou a prístupnou formou prezentujú vedecké poznatky. V prednáške som sa venovala prevencii športovej trombózy. V duchu tejto formy prednášania som bola oblečená v športovom oblečení s paličkami pre nordic walking v ruke. Poslucháčov prednáška zaujala a neskôr sa k nej v kuloároch rozvinula bohatá diskusia.

Poster Komunitné aktivity – booster primárnej prevencie aj počas pandémie Covid-19 bol venovaný pacientskej participácii počas pandémie a možnostiam komunitných aktivít, ako čeliť zložitým zdravotným situáciám.

Poster Motivácia pohybovej aktivity u študentov a učiteľov Slovenskej zdravotníckej univerzity sa zaoberal témou, ako dodržiavajú učitelia a študenti v živote zásady zdravého životného štýlu, ktorý tvorí podstatnú časť obsahu výučby.

MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH
angiologička, internistka, všeobecná lekárka
Interná angiologická ambulancia a Oddelenie
dlhodobo chorých, Nemocnica akademika L. Dérera,
UNB a SZU



Na slovíčko s...

MUDr. Jánom Kaňuchom,

všeobecným lekárom z Raslavíc

ABI – vstupná brána základného vyšetrenia artérií v ambulancii VLD

Na Slovensku trpí približne 9,4 % populácie nad 65 rokov PAO (periférnym arteriálnym ochorením). Ako dokáže pri zvládaní tejto zdravotnej komplikácie pomôcť všeobecný lekár?

Všeobecné lekárstvo je špecializačný odbor, ktorý poskytuje všeobecnú zdravotnú starostlivosť pre dospelých. Má multidisciplinárny charakter a integruje poznatky všetkých medicínskych odborov. Atestovaný všeobecný lekár pre dospelých má mať dostatočné vedomosti z vnútorného lekárstva v rozsahu spoločného internistického kmeňa, ba navyše musí mať základné vedomosti z ostatných medicínskych odborov. V našej ambulancii sa okrem základnej všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytujú medicínske služby, ktoré majú svoj špecifický rast a vývoj. Je to vďaka sústavnému vzdelávaniu nášho tímu s dlhoročnou praxou v multidisciplinárnom odbore, v absolvovaní postgraduálnych certifikovaných kurzov, publikačnej a prednáškovej činnosti v rámci odbornej spoločnosti SSVPL s využitím ekonomických možností štrukturálnych fondov v rámci reštrukturalizácie zdravotníckych zariadení.

Takýto úvod čaká pacientov na webových stránkach ambulancie všeobecného lekára pre dospelých MUDr. Jána Kaňucha z Raslavíc, ktorého ambulancia poskytuje zdravotnú ambulantnú starostlivosť pre svojich pacientov. V tomto vydaní Všeobecného praktika, v ktorom nájdete aj jeho odborný článok, sme sa s ním porozprávali aj v rubrike Na slovíčko s...

Prečo sa už ambulantný lekár má starať o zdravé srdce a cievy svojich pacientov?

Pretože sme vstupnou bránou pacienta do zdravotníctva. Pacient prichádza k všeobecnému lekárovi ako k prvému, a na úrovni všeobecného lekárstva by mal byť práve tu v súčasnosti prvý záchyt – teraz a v daný čas s technickým vybavením, ktoré nám systém umožňuje. A pokiaľ ide o zdravie tepien, Sir William Osler, kanadský lekár, jeden zo zakladajúcich profesorov Nemocnice Johna Hopkinsa Hospital, uviedol, že „človek je taký starý ako sú staré jeho tepny“. Presnejšie povedané, tuhosť tepien bola považovaná za mieru biologického starnutia.

Všeobecné lekárstvo má multidisciplinárny charakter. Prečo ste sa ako všeobecný lekár zamerali prioritne na oblasť ľudského zdravia súvisiacu s cievnym systémom organizmu človeka, konkrétne na periférne arteriálne ochorenie?

Bolo to vďaka môjmu priateľovi z vysokej školy MUDr. Andrejovi Džupinovi, PhD., MBA, ktorý pôsobil najskôr ako zástupca primára interného oddelenia v Bardejove a v súčasnosti pracuje v angiologickej ambulancii v Bardejove. Dnes je aj hlavným odborníkom Ministerstva zdravotníctva SR pre angiológiu. Oslovil ma ešte v rokoch 2007 – 2008, pretože Slovenská angiologická spoločnosť plánovala urobiť prvú štúdiu výskytu periférneho arteriálneho ochorenia (PAO) na Slovensku. Existovali totiž štúdie prevalencie PAO (rizikových skupín) v niektorých štátoch EÚ, ale na Slovensku sme tieto dáta nemali. V roku 2008 bolo preto k vyšetreniu tzv. členkovo-brachiálneho indexu vyškolených 27 centier praktických lekárov pod gesciou 7 angiologických ambulancií. Štúdiu zastrešovala Slovenská angiologická spoločnosť pod vedením prof. MUDr. Viery Štvrtinovej, CSc., z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, MUDr. Andreja Džupina, PhD., MBA, a prof. MUDr. Márie Frankovičovej, PhD., z Lekárskej fakulty Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach. Tam nás naučili, ako sa tužkovým dopplerom vyšetruje členkovo-brachiálny index, aké sú správne techniky vyšetrenia a aké sú hranice indexu pre jeho výpočet. Výsledok ABI, resp. jeho referencia 0,9 – 1,2, nás usmernil v ďalšej diagnostike a liečbe. Horné referenčné číslo ABI 1,2 platné v tom čase podľa TASC II. je v súčasnosti posunuté na hranicu 1,3, no dodnes vládne polemika, či je toto správne číslo.

Aký je rozdiel medzi týmito parametrami?

Keď sme v hodnotách < 0,9, ide už o pokročilé vnútorné upchávanie artérií a ABI index nad 1,2 hovorí o zvýšenej tuhosti artérií, čomu hovoríme mediokalcinóza. Tá sa väčšinou vyskytuje u diabetikov, kde sa prietok cez cievu dá ťažko vyšetriť bežným tonometrom, skôr tužkovým dopplerom, ale v týchto prípadoch už vstupuje do procesu diagnostiky angiológ. V rámci určených noriem 0,9 – 1,2 sme teda pátrali po tom, čo je fyziologické a čo patologické. Ak sa hodnoty pohybujú pod 0,9, hovoríme o periférnom arteriálnom ochorení, ale hodnoty nad 1,2 zasa hovoria o tom, že tuhosť ciev je tiež patologicky narušená. Týchto ľudí sme posielali na angiologické vyšetrenie – teda na triplexné ultrazvukové vyšetrenie ciev, aby sme určili presnú diagnózu.

Vyšetrenie ABI indexu je základné vstupné vyšetrenie v ambulancii praktického lekára, ktoré je bežné napríklad v Japonsku od 80-tych rokov minulého storočia, v Nemecku sa stalo bežným v 90-tych rokoch, ale na Slovensku sme sa tým začali zaoberať až v roku 2008!

Neskoro, ale predsa... Týmto vyšetrením sa však v prospech pacienta rozširujú diagnostické možnosti praktického lekára.

Jednoznačne to pomáha k včasnému záchytu upchávania ciev, alebo k zvýšenej tuhosti ciev, najmä u rizikových kategórií, ako sú fajčiari, hypertonici, diabetici a starší ľudia nad 60 rokov. Ide teda najmä o rizikové skupiny. Ak vstúpi pacient do ambulancie, pri meraní ABI indexu mu nasadí sestrička štyri manžety napojené na plne automatický tonometer, ktorého softvér automaticky vypočíta nielen ABI, ale v súčasnosti aj PWV – pulznú vlnu. Je už potom na praktickom lekárovi, aby správne vyhodnotil prepočty a správne naložil s touto informáciou a zaujal k výsledkom rozhodujúce stanovisko, takže už nie je „vrátnik“, ale diagnostik, a to už dodáva váhu a dôstojnosť postaveniu VLD.

Dnes sa veľa hovorí o rozširovaní kompetencií všeobecných lekárov. Ako vítajú ochotu všeobecných lekárov v tomto smere diagnostiky samotní angiológovia?

Sami sme boli Slovenskou angiologickou spoločnosťou oslovení, aby sme participovali na tomto skríningu, pretože ak príde pacient s „modrým palcom“ alebo s gangrénou do ambulancie, tak je už neskoro. Ide už o multiodborovú prácu, nehovoriac o veľkých nákladoch na liečbu komplexne. Takže my, všeobecní lekári, ktorí robíme v tomto smere skríning, na jednej strane predchádzame komplikáciám PAO a na druhej strane šetríme peniaze poisťovniam na drahocenné preplácanie možných budúcich komplikácií, ktoré by nastali, ak by sme to nerobili – preto by bolo seriózne prehodnotiť cenu výkonov zo strany poisťovní.

Koľko percent všeobecných lekárov má dnes podľa vašich informácií v ambulanciách prístroj na meranie členkovo-ramenného indexu?

K dnešnému dňu má oscilometrických automatických prístrojov na meranie členkovo-brachiálneho indexu ABI presne 800 všeobecných lekárov z 2 440 ambulancií praktických lekárov pre dospelých.

Od roku 2008 až do roku 2014 som v rámci prednášok zdôrazňoval, nielen kolegom, ale najmä poisťovniam v spolupráci s angiológmi, dôležitosť zavedenia tejto vyšetrovacej metódy do praxe VLD.

V rokoch 2009 a 2011 v ČR Česká štátna všeobecná zdravotná poisťovňa zafinancovala dve veľké štúdie (MOET ICHDK a CZECH ABI PROJEKT), kde všeobecní lekári vyšetrili spolu do 11-tisíc pacientov a po vzore Nemecka preukázali, že ide o výborný skríning PAO. Výsledky z ČR, ale aj prax zo zahraničia na základe faktov ukázali, že vyšetrenie ABI je nielen dôležitým ukazovateľom v prevencii, ale aj dôkazom správnej liečby a dopomohli k uplatňovaniu tejto diagnostiky aj na Slovensku. Od 1. 4. 2016 je toto vyšetrenie u nás hradené poisťovňou raz za dva roky v spomínaných rizikových kategóriách.

Čo odrádza aj ostatných kolegov od doplnenia prístrojového vybavenia ambulancie aj o prístroj ABI?

Dnes stojí tento prístroj aj s pulznou vlnou nad 3,5-tisíc eur. Nízka cena preplácania oboch výkonov poisťovňou, a podotýkam nie všetky to hradia, nie je veľkou motiváciou pre lekárov, aby si ho zabezpečili. Návratnosť investície je v tomto prípade pre všeobecného lekára veľmi dlhá.

Toto vyšetrenie je už však súčasťou preventívnej prehliadky.

Áno, je súčasťou preventívnej prehliadky u päťdesiatročných s jedným rizikovým faktorom raz za dva roky a u všetkých šesťdesiatročných automaticky. Ak je pacient v zdravotnej poisťovni, ktorá úkon nepreplaca, opýtam sa ho, či si to chce priplatiť podľa cenníka poisťovne. V Českej republike to platí poisťovňa každý rok. Tam sú preventívne prehliadky raz za rok. Ja osobne by som toto vyšetrenie v ambulanciách všeobecného lekára postavil na úroveň nutnosti EKG vyšetrenia, teda vždy, keď je to potrebné k spresneniu diagnostiky. Zo strany poisťovní by som teda očakával, aby bolo aj ABI vyšetrenie s PWV hradené nielen v rámci preventívnej prehliadky, ale aby bolo preplácané v rámci diferenciálnej diagnostiky vždy, keď je to treba, pretože máme vysoké percento hypertonikov a diabetikov, čo sú rizikové skupiny.

Ak sa vrátime k ochoreniu, čo pacientom hrozí, ak nie sú správne alebo vôbec liečení?

PAO je marker všeobecnej arteriosklerózy alebo marker aterotrombotického ochorenia, teda nielen periférnych artérií. To znamená, že pacient s verifikovaným PAO má vždy vyššie riziko infarktu alebo cievnej mozgovej príhody, alebo aj vyššie riziko zlyhávania obličiek.

Ak teda PAO zistím ako všeobecný lekár, už v ambulancii ho musím podľa predpísaných postupov začať liečiť, ako praktický lekár do toho viem vstúpiť podľa medicíny dôkazov, a je mojou povinnosťou urobiť základné laboratórne vyšetrenia a konzultovať s angiológom ďalší postup, aby vyšetril nielen končatinové, ale aj ostatné cievy. A angiológ potom spresňuje ďalšiu liečbu.

V tomto vydaní Všeobecného praktika prinášame odborný článok s názvom Pulzná vlna – meranie a interpretácia v ambulancii VLD – verzus ABI.

Pulzná vlna je včasný predklinický skríning, ktorý nás upozorňuje na možné poškodenie artérií. Hovorí o stupni ich tuhosti a o možnej endoteliálnej dysfunkcii so začínajúcou aterotrombózou, alebo upozorňuje na možné riziko mediokalcinózy. Má vysokú prediktívnu hodnotu na vyšetrenie pružnosti a elasticity ciev a hovorí o tom, či je hypertonický pacient správne liečený liekmi, ktoré vedia ovplyvniť pružnosť a elasticitu ciev. Charakter pulznej vlny nám vlastne hovorí o tom, či môže vzniknúť PAO, alebo nie. Takže liekmi a správnou životosprávou tomu dokážeme predísť. A to zdôrazňujeme aj pacientom, aby sa nespoliehali len na lieky, ale najmä, aby zdravo žili.

Vaša ambulanica Raslazdrav, s. r. o., je akreditovaným výučbovým pracoviskom Lekárskej fakulty UPJŠ Košice a SZÚ Bratislava. Zdravotnícka technika je súčasťou vašej dennej práce a pomáha k včasnej diagnostike a liečbe pacientov. Vo vašej ambulancii nájdeme napríklad prístrojové meranie COVID-19 antigénu či protilátok, EKG prístroj, ultrazvukový prístroj na základnú diagnostiku vyšetrenia ciev krku, končatín, štítnej žľazy, brušných orgánov, obličiek, nadobličiek, ABI systém, spirometer, tlakový holter, prístroj na meranie glykovaného hemoglobínu, magnetoterapeutické prístroje, mikrolaboratórium a ďalšie. Takéto prístroje v ambulancii všeobecného lekára rozširujú nielen možnosti diagnostiky, ale posúvajú aj samotného praktického lekára vpred, aby sa neustále vzdelával a robil čo najviac pre pacienta už vo svojej ambulancii.

S takýmto rozsiahlym vybavením ambulancie, ako ste opísali, sme iba niekoľkí nadšenci v rámci republiky. Musím spomenúť šikovných mladých kolegov, napr. MUDr. Adrianu Šimkovú, PhD., z Pezinka, ktorá dnes pôsobí aj ako hlavná odborníčka MZ SR pre všeobecné lekárstvo, MUDr. Petra Lipovského z Miloslavova, krajského odborníka VLD pre Bratislavský kraj.

Koncentrovali sme maximum vyšetrení a minilaboratóriá do jednej ambulancie. Aj keď nie všetky úkony máme hradené poisťovňou, prináša nám to spokojnosť, že môžeme spraviť pre pacienta maximum pod jednou strechou, hneď a naraz. No všetko nové, čo sa učíme, nás posúva vpred. Moja práca nie je rutina, a viac ako 80 % práce pre pacienta dokážem urobiť vo svojej ambulancii.

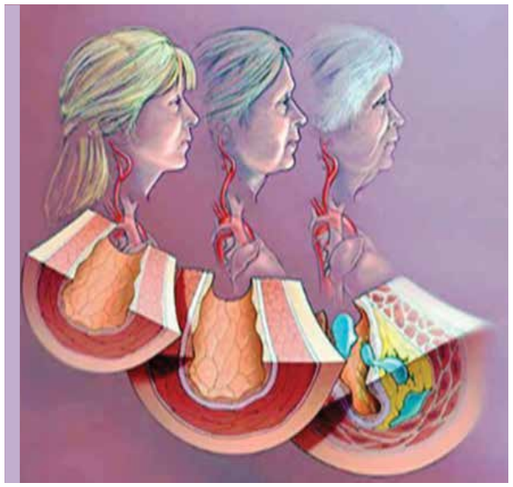
Dobré technické vybavenie spolu s optimálnym nastavením manažmentu ambulancie by mohli byť aj pre mladých lekárov výzvou, že všeobecné lekárstvo môže byť aj pre nich vlastne najvzrušujúcejšou medicínskou cestou neobmedzených možností, a aj napriek úradníckemu obmedzovaniu zo strany inštitúcií dokáže byť človek v tomto smere slobodný.

V ambulancii MUDr. Jána Kaňucha sa starajú aj o vrcholových športovcov. Jedným z pacientov je aj Tibor Sabajda, niekoľkonásobný majster Slovenska v maratóne.

Pulzná vlna – meranie a interpretácia v ambulancii VLD – verzus ABI

Abstraktné pozadie

Populácia mnohých vyspelých krajín postupne starne. V staršej spoločnosti je hodnotenie celkového vaskulárneho rizika kriticky dôležité, pretože staroba je zvyčajne spojená s viacerými rizikami. V tomto ohľade by rýchlosť pulznej vlny (PWV) mohla byť globálnym kardiovaskulárnym markerom, pretože sa zvyšuje s postupujúcim vekom, vysokým krvným tlakom, hyperglykémiou a inými tradičnými rizikami, ktoré zahŕňajú kardiovaskulárne riziká.



Zhrnutie

Meranie tohto parametra je jednoduché a jeho reprodukovateľnosť je dobrá. Okrem toho je zaručená všeobecnosť metodiky. Uvádza sa, že PWV brachiálneho členka sa neustále zvyšuje s väčšinou tradičných kardiovaskulárnych rizikových faktorov. Metaanalýzy kohortových štúdií zahŕňajúcich rôzne úrovne rizík ukázali, že zvýšenie PWV brachiálneho členka o 1 m/s je spojené s 12 % zvýšením rizika kardiovaskulárnych príhod. Simultánne hodnotenie členkovo-brachiálneho indexu (ABI) iba umožňuje ďalšiu rizikovú stratifikáciu vysokorizikových jedincov. Táto jedinečná vlastnosť je nevyhnutná pre manažment staršej populácie, ktorá je zvyčajne vystavená viacerým rizikám a má polyvaskulárne ochorenia.

Kľúčové slová:

***cfPWV** – Carotid-Femoral Pulse Wave Velocity (karotido-femorálna pulzná vlna), **baPWV** – Brachial-Ankle Pulse Wave Velocity (pulzná vlna brachiálneho členka), **KVR (CVR)** kardiovaskulárne riziko, **ABI** – ankle brachial pressure index (členkovo-brachiálny index)*

Definícia, metódy a ich interpretácie

Pokiaľ ide o zdravie tepien, William Osler uviedol: „Človek je taký starý ako jeho tepny.“ Presnejšie povedané, tuhosť tepien bola považovaná za mieru biologického starnutia. Arteriálna tuhosť sa vzťahuje na tuhosť arteriálnej steny. Arteriálna stena postupne tuhne v dôsledku starnutia, ktoré je spojené s rôznymi druhmi biochemických a histologických zmien v arteriálnej stene. Okrem toho zvýšený intraluminálny tlak alebo hypertenzia môže zvýšiť napätie arteriálnej steny a funkčne stuhnúť arteriálnu stenu. Arteriálna tuhosť teda odráža súhrn organickej aj funkčnej tuhosti arteriálnej steny. Pretože vysoký krvný tlak je najdôležitejším rizikovým faktorom kardiovaskulárnych ochorení, arteriálna miera, ktorá odráža vplyv krvného tlaku, by bola adekvátnym ukazovateľom celkového vaskulárneho rizika. V tomto ohľade môže byť arteriálna tuhosť dobrým kandidátom.

Definícia pulznej vlny

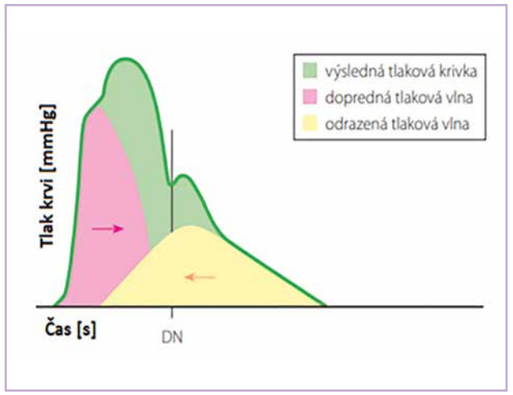
Vystreknutie krvi zo srdca vytvára arteriálnu pulzáciu nazývanú „pulzná vlna“ a rýchlosť, ktorou sa šíri do periférie, sa nazýva „rýchlosť pulznej vlny“ (PWV). Je známe, že PWV je úmerná tuhosti arteriálnej steny, cez ktorú sa šíri, a je nepriamoúmerná priemeru cievy. Pulzná vlna teda vzniká pri ejekčnej fáze srdcového cyklu, keď dochádza v čase systoly k vypudeniu krvi z ľavej komory do veľkého obehu.

Arteriálny systém sa s týmto rýchlo vypudeným objemom vyrovnáva svojou elasticitou, teda schopnosťou krátkodobého zväčšenia, prierezu artérie.

Jednotlivý pulz bezprostredne po systole prechádza celým arteriálnym systémom veľkou rýchlosťou, ktorá je neporovnateľne väčšia, ako je vlastná rýchlosť toku okysličenej krvi.

Rýchlosť šírenia pulznej vlny (PWV) je merateľná, pohybuje sa v rozmedzí od 6 – 8 m/s v aorte. Vlastná rýchlosť prúdiacej krvi je podstatne nižšia, udáva sa okolo 80 – 100 m/s.

Pulzná vlna je zložená z dvoch komponentov – doprednej zložky a spätnej zložky.



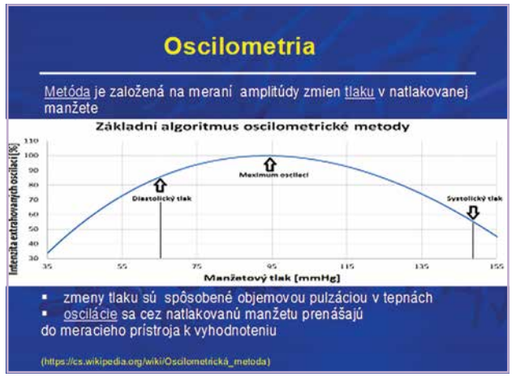
Dopredná zložka smeruje od srdca k periférii a spätná je tvorená odrazenou vlnou (na bifurkáciách alebo periférиách), ktorá sa vracia stenou späť a ovplyvňuje tak výslednú vlnu.

Iné časové intervaly stretnutia vĺn vytvárajú rozdielne tvary centrálnej a periférnej pulznej krivky. Pretože rýchlosť pulznej vlny narastá smerom k periférii, je aj amplitúda periférnej pulznej vlny vyššia. Rýchlosť centrálnej pulznej vlny je teda 6 – 8 m/s.

Rýchlosť periférnej pulznej vlny je 10 – 20 m/s (v závislosti od miesta merania)

V Japonsku bola okolo roku 1970 vyvinutá jedinečná technika na meranie aortálnej PWV a bola navrhnutá ako marker aterosklerózy. V tom istom čase analýzu fotopletyzmografických kriviek prstov prvýkrát zaviedol Ozawa a jej klinickú užitočnosť ako meradlo starnutia ciev neskôr stanovili Takazawa. V západných krajinách je karotidovo-femorálna PWV (cfPWV) populárnou metódou na hodnotenie tuhosti veľkých tepien.

Na meranie cfPWV sa zaviedlo niekoľko automatických zariadení a nazhromaždilo sa aj isté množstvo klinických údajov. Brachiálno-členkový tonometrický PWV (baPWV) systém merania bol vyvinutý v tejto historickej situácii približne v roku 2000 v Japonsku napriek tomu, že používanie týchto zariadení v oblasti výskumu bolo stále obmedzené, pravdepodobne z dôvodu ich obmedzenej dostupnosti pre všeobecných lekárov, štátny zdravotný systém nakoniec zafinancoval vybavenie a výkon automatických tonometrických zariadení ambulanciám prvého kontaktu. Dnes sa ceny prístrojov pohybujú v rozmedzí od 3 500 eur do 3 800 eur.



Ako ľudia starnú, arteriálne steny strácajú elasticitu. Je to spôsobené zmenami v morfológii a v zložení ich hlavných štruktúrnych proteínov, elastínu a kolagénu, ktoré podporujú rozvoj hypertenzie, jedného z hlavných rizikových faktorov pri nástupe KV (KV) ochorenia. Hoci sa tieto variácie pripisujú najmä starobe, existuje stále viac vedeckých dôkazov o vplyve faktorov, ktoré sú aktívne už v skorých štádiách životného cyklu, čím sa zvyšuje KV riziko (CVR) v dospelosti. Vyššie hodnoty arteriálnej tuhosti boli pozorované u obéznych detí, diabetes mellitus 1. typu a u detí s ochorením obličiek. Vzhľadom na to, že väčšina ľudských orgánov a fyziologických systémov sa začína vyvíjať v skorých štádiách života plodu a dosahuje funkčnú zrelosť po narodení, môže dôjsť k interakciám medzi týmito vývojovými procesmi spolu s rôznymi faktormi prostredia, ako sú výživa, vystavenie toxickým látkam a epigenetické

zmeny, ktoré v prípade obehového systému ovplyvňujú konečnú štruktúru steny tepny. Preto podmienky, ktorými sa riadia procesy rastu a vývoja v ranom prenatálnom a postnatálnom štádiu, majú vplyv na KVR u dospelých.

Elastické vlákna v tepnách sa začínajú tvoriť na začiatku štádia plodu a rýchlosť syntézy elastínu vrcholí na konci tretieho 3-mesačného obdobia tehotenstva. Od tohto momentu sa rýchlosť syntézy elastínu znižuje až do ukončenia procesu rastu a vývoja v adolescencii.

V nepriaznivých podmienkach prostredia počas tohto štádia (napr. podvýživa, choroba) je ovplyvnená syntéza a organizácia elastínu v krvných cievach a spôsobuje trvalé zmeny v ich mechanických vlastnostiach, čo predisponuje pacientov k vyššiemu KVR v dospelosti.

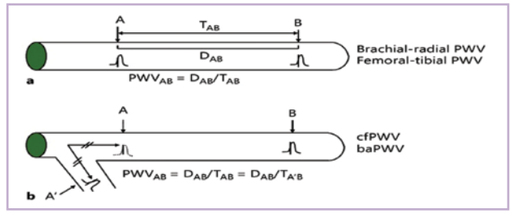
Zdá sa, že doteraz dostupné informácie podporujú hypotézu, že preventívne pôsobenie proti KVR by sa malo začať v počiatočných štádiách životného cyklu, a že v klinickej praxi je veľmi užitočné používať neinvazívne metódy na detekciu predklinických vaskulárnych lézií.

Teoretický koncept baPWV a jeho validácia

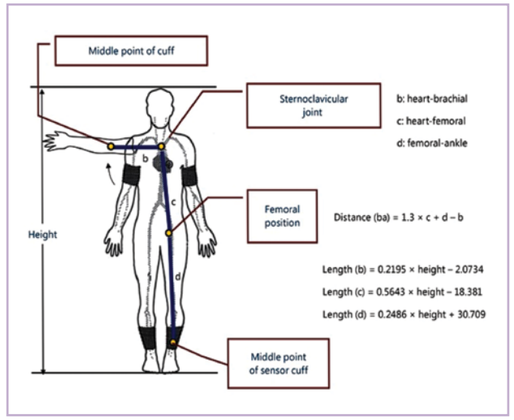
PWV sa vypočítava vydelením prejdenej vzdialenosti časom cesty. Pulzná vlna sa prednostne meria medzi dvoma bodmi na tej istej tepne (obr. 1a), ale toto sa dá aplikovať len na periférnu PWV, ako je brachiálno-radiálna alebo femorálno-tibiálna PWV, no tuhosť veľkej tepny sa považuje za dôležitejšiu ako tuhosť periférnej tepny. V tomto prípade nie je jednoduché túto metódu aplikovať takto, pretože proximálna aortálna vlna sa z povrchu tela ťažko meria.

V tomto prípade možno namiesto toho použiť arteriálnu vlnu na vetviacej sa tepne (obr. 1b). Pri meraniach baPWV sa brachiálna arteriálna vlna používa ako náhrada za proximálnu aortálnu vlnu. Vzorec dĺžky cesty je kriticky dôležitý pri meraní PWV. Obrázok (obr. 2) ukazuje, ako vypočítať vzdialenosť medzi ramenom a členkom.

Vzdialenosť medzi ramenami a členkom je vyjadrená ako 1,3 × c + d – b. Vyjadruje sa teda aj ako lineárna rovnica výšky. Nedávno bola táto dĺžka dráhy založená na výške overená porovnaním dĺžky dráhy stanovenej pomocou metódy zobrazovania magnetickou rezonanciou (MRI). Výsledky ukázali, že dĺžka dráhy medzi ramenom a členkom nadhodnotila dĺžku dráhy založenú na MRI asi o 11 % z dôvodu podhodnotenia vzdialenosti srdca a ramena alebo b. To je jeden z dôvodov, prečo baPWV vykazuje väčšiu absolútnu hodnotu ako cfPWV alebo femorálna-členková PWV.



Obr. 1 Teoretické koncepty merania PWV. D = vzdialenosť; T = čas



Obr. 2 Vzorec dĺžky cesty pre baPWV

Výsledky niekoľkých nedávnych kohortových štúdií skúmali vzťah medzi baPWV a vaskulárnou a nevaskulárnou mortalitou u pacientov s akútnou ischemickou cievnou mozgovou príhodou. Viac ako 1 700 pacientov s ischemickou cievnou mozgovou príhodou bolo sledovaných až 7 rokov. Miera vaskulárnej aj nevaskulárnej mortality sa zvýšila so zvýšením baPWV. Najvyšší tertil baPWV bol spojený s 2,4-krát vyšším rizikom vaskulárnej mortality v porovnaní s referenčnou skupinou. Zvýšenie baPWV o 10 m/s bolo spojené so 62 % zvýšením rizika vaskulárnej mortality.

Séria kohortových štúdií vykonaných v bežnej populácii konzistentne preukázala úzky vzťah medzi baPWV a kardiovaskulárnymi príhodami. V štúdii Hisayama bola korelácia medzi baPWV a rizikom kardiovaskulárnych ochorení kontinuálna a 20 % zvýšenie baPWV bolo spojené s 1,3-násobným zvýšením rizika kardiovaskulárnych príhod [23]. Najnovšie údaje zo štúdie Takashima ukázali, že pri baPWV ≥ 18 m/s bolo riziko kardiovaskulárnych príhod 2,7-krát vyššie ako pri < 18 m/s [24]. Ishisone a kol. [25] nedávno porovnali prognostickú hodnotu baPWV, centrálneho krvného tlaku a brachiálneho pulzného tlaku pre kardiovaskulárnu morbiditu a mortalitu u 973 jedincov z bežnej populácie vo veku 40 – 79 rokov (priemer 59 rokov). Počas priemernej doby sledovania 7,8 roka sa vyskytlo 37 kardiovaskulárnych príhod a úmrtí. Skúmal sa vzťah medzi kardiovaskulárnymi výsledkami a kvartilmi každého merania. BaPWV preukázal významný vzťah s kardiovaskulárnym výsledkom. Dospelo sa k záveru, že baPWV môže byť lepším prediktorom kardiovaskulárnych príhod ako centrálny krvný tlak alebo pulzný tlak.

Tieto výsledky sú podobné tým, ktoré sa získali vo Framinghamskej kohortovej štúdii, ktorá ukázala, že cfPWV bol významným prediktorom kardiovaskulárnych príhod [26]. U neliečených pacientov s esenciálnou hypertenziou sa ukázalo, **že hraničná hodnota baPWV**, pri ktorej sa riziko kardiovaskulárnych príhod začína zvyšovať, **je 17,5 m/s** podľa výsledkov japonskej štúdie o prognostických dôsledkoch rýchlosti pulznej vlny [19]. V štúdii Non-Invasive Atherosclerosis Evaluation in Hypertension bolo 440 pacientov liečených na esenciálnu hypertenziu sledovaných počas 6,3 roka a skúmal sa vzťah medzi baPWV a rizikom kardiovaskulárnych príhod [20]. Počas sledovaného obdobia sa zistilo 35 prípadov mŕtvice, 30 kardiovaskulárnych ochorení a 62 prípadov mŕtvice plus kardiovaskulárne ochorenie.

Analýza krivky prevádzkovej charakteristiky prijímača ukázala, že najlepšia hraničná hodnota na maximalizáciu citlivosti a špecificity bola 17,36 m/s pre cievnu mozgovú príhodu aj kardiovaskulárne príhody. Viacrozmerné upravené pomery rizika pre cievnu mozgovú príhodu, kardiovaskulárne ochorenie a cievnu mozgovú príhodu plus kardiovaskulárne ochorenie v skupine s baPWV ≥ 17,5 m/s boli 1,828 (95 % CI 0,879 – 3,870), 1,786 (95 % CI 0,796 – 4,101) a 2,048 (95 % CI 1,176 – 3,616), v tomto poradí, v porovnaní so skupinou s baPWV < 17,5 m/s. To potvrdilo, že **baPWV od 18 m/s môže byť aj prahom vysokého rizika u pacientov liečených na esenciálnu hypertenziu.**

Tieto údaje naznačujú, že PWV by mohla byť najlepším prediktorom kardiovaskulárnych príhod spomedzi niekoľkých meraní tuhosti tepien vo všeobecnej populácii.

Použitie baPWV v kombinácii s ABI

Vo všeobecnosti sa meranie PWV stáva nespoľahlivým, ak je cirkulácia narušená na ceste šírenia impulzu [14]. Potvrdenie normálneho obehu tepny dolnej končatiny z iliakálnej do holennej oblasti je teda kriticky dôležité pri meraní baPWV. V tomto ohľade sú obe strany meraní ABI povinné pred zvážením použitia baPWV.

Odporúčané diagnostické a terapeutické postupy sú nasledovné:

1) Prítomnosť/neprítomnosť PAD by sa mala overiť na základe zmerania ABI. Ak je ABI na ľavej alebo pravej strane ≤ 0,9; preto sú pacienti s týmto stavom považovaní za vysoko rizikovú skupinu a je potrebné ich dôkladnejšie vyšetriť. V prípade potreby sa začne alebo zintenzívni medikamentózna terapia. V takýchto prípadoch by bolo podozrenie na stenózu v tepnách dolnej končatiny; preto je ťažké pripisovať význam hodnote baPWV a nepoužíva sa ako klinický indikátor subklinického orgánového poškodenia artérií.
2) ABI > 0,9 na ľavej aj pravej strane indikuje absenciu závažnej obliterujúcej artériosklerózy; preto má baPWV prognostický význam. Takíto pacienti sú vystavení vysokému riziku kardiovaskulárnych príhod, ak je baPWV na oboch stranách ≥ 18 m/s, a preto si vyžadujú dôkladnú liečbu kardiovaskulárnych rizík, ktoré by mohli zvýšiť baPWV, ako bolo uvedené vyššie. **Ak sú obidve hodnoty baPWV < 18 m/s, ale ktorákoľvek z nich je ≥ 14 m/s, riziko nástupu hypertenzie alebo poklesu funkcie obličiek je vysoké.**

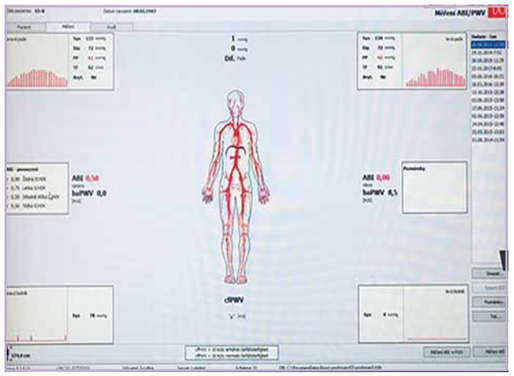
Preto sa odporúča úprava životného štýlu [5]. Toto sú platné klinické aplikácie baPWV, ako sa usudzuje na základe doteraz nazhromaždených dôkazov.

Závery a budúce otázky

Simultánne meranie ABI by mohlo navyše ďalej stratifikovať vysokorizikových jedincov. Inými slovami, kombinované použitie ABI a baPWV by mohlo sériovo stratifikovať kardiovaskulárne riziko v populáciách s rôznym stupňom vaskulárneho poškodenia. Táto jedinečná vlastnosť je nenahraditeľná pri manažmente staršej populácie, ktorá je zvyčajne vystavená viacerým rizikám a má polyvaskulárne ochorenia. Meranie tejto miery je jednoduché, s dobrou reprodukovateľnosťou. Okrem toho je zaručená všeobecnosť metodiky.

BaPWV má teda potenciál stať sa globálnym meradlom tuhosti tepien. BaPWV doteraz nebolo nikdy plne akceptované na celom svete kvôli vnímaným teoretickým a metodologickým problémom [29]. Na preklenutie medzery a ďalšie potvrdenie klinickej užitočnosti baPWV by sa mali primerane riešiť nasledujúce dve otázky. Po prvé, údaje o kaukazskej

populácii sú extrémne obmedzené, preto je potrebných viac údajov o týchto populáciách. Po druhé, zostáva nejasné, či by terapia riadená baPWV mohla skutočne zlepšiť prognózu u vysokorizikových jedincov; na objasnenie tohto problému by sa mala uskutočniť randomizovaná kontrolovaná štúdia s baPWV ako rozhodovacím markerom pre liečbu.



Až donedávna sa obmedzovala jednoduchosť merania periférneho arteriálneho tlaku a jeho korelácia s vývojom KV epizód použitie metód len na priame hodnotenie ciev. V poslednom čase však boli vyvinuté neinvazívne metódy na štúdium arteriálneho poškodenia, medzi ktorými je meranie arteriálnej tuhosti užitočným markerom pre skoré arteriálne lézie, a jeho prediktívna a prognostická hodnota bola uznaná v literatúre.

Meranie rýchlosti pulznej vlny karotidovo-femorálnej tepny (cfPWV) pomocou tonometrie je vhodnou metódou na stanovenie arteriálnej tuhosti veľkých tepien, a jej použitie odporúča Európska spoločnosť pre hypertenziu (ESH) a Európska kardiologická spoločnosť. Poskytuje dôležitý prognostický rizikový marker a je užitočným nástrojom na včasnú detekciu KV ochorenia, čo umožňuje lepšiu charakterizáciu skutočného KV poškodenia a vhodnejšiu a rýchlejšiu intervenciu u postihnutých jedincov.

U dospelých je cfPWV úzko spojená s prítomnosťou a rozšírením aterosklerózy a zvyšuje sa v prítomnosti iných rizikových faktorov, ako sú obezita, arteriálna hypertenzia (AHT), diabetes a pod.

Nové usmernenie ESH publikované v roku 2013 poskytuje referenčné hodnoty cfPWV pre dospelých. **U dospelých pacientov s hypertenziou môže byť hodnota cfPWV vyššia ako 10 m/s interpretovaná ako marker subklinického poškodenia artérie.**

Pre zdravé deti a dospievajúcich sú však referenčné hodnoty cfPWV stále vzácne a pre detskú populáciu neexistujú. Tento nedostatok referencií získaných od zdravých detských populácií obmedzil ich použitie v klinickej praxi.

Záver

Treba dodať, že bez zdravia národa nie je ani zdravie štátu, a teda ani zdravá výkonná ekonomika, čo je jeden pohľad. Ten druhý pohľad hovorí, že ambulancia VLD je vstupnou bránou zdravotníctva, a že pacient prekročením jej prahu by mal dostať ošetrenie adekvátne stavu ekonomickej kondície štátu v príslušnom storočí či tisícročí.

Iste som vďačný poisťovniam VšZP a UNION za úhradu výkonu ABI sumou 4,5 Eur od 1. 4. 2016 , no jeho dorovnanie na 6 Eur od 1. 4. 2022 za výkon pulznej vlny PWV veľmi nejaví známky nadšenia zo strany kolegov VLD. Očakávali by sme dorovnanie totho výkonu do sumy 9 Eur.

Prečo?

Týmto tzv. skríningovým vyšetrením -robíme kvalitnú prevenciu a šetríme peniaze zdravotným poisťovniam,ktoré by utratili na možnú nákladnú liečbu komplikácii PAO, ak by sme skríning nerobili. Preto je k dnešnému dňu 25. 8. 2022 v 2440 ambulanciách VLD iba 800 automatických tonometrických prístrojov na meranie ABI- ale nie všetci si dokúpili systém na meranie PWV.

A opäť otázka prečo? Pretože je to nerentabilné a demotivujúce. Nemôžme robiť kvalitu z vlastného vrecka. Načo je potom povinné zdravotné poistenie?

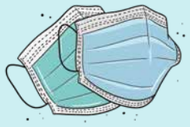
Použitá literatúra:

1. Ninomiya T., Kojima I., Doi Y., Fukuhara M., Hirakawa Y., Hata J., Kitazono T., Kiyohara Y. Rýchlosť pulznej vlny brachiálneho členka predpovedá rozvoj kardiovaskulárnych ochorení v bežnej japonskej populácii: Hisayama Study. J Hypertens. 2013; 31: 477 – 483
2. Takashima N., Turín TC, Matsui K., Rumana N., Nakamura Y., Kadota A., Saito Y., Sugihara H., Morita Y., Ichikawa M., Hirose K., Kawakani K., Hamajima N., Miura K., Ueshima H., Kita Y. Vzťah rýchlosti pulznej vlny brachiálneho členka k budúcim kardiovaskulárnym ochoreniam vo všeobecnej japonskej populácii: Štúdia Takashima. J Hum Hypertens. 2014; 28: 323 – 327
3. Sugawara J., Tanaka H. Rýchlosť pulznej vlny brachiálneho členka: mýty, mylné predstavy a realita. Pulse (Bazilej – Švajčiasko) 2015
4. Haller M., Samyn M., Nichols W. a kol. Tonometria radiálnej artérie demonštruje arteriálnu stuhnutosť u detí s diabetom 1. typu. Starostlivosť o diabetes. 2004; 12: 2911 – 2917
5. Groothoff J., Gruppen M., Offringa M., et al. Zvýšená tuhosť artérií u mladých dospelých s konečným štádiom ochorenia obličiek od detstva. J Am Soc Nephrol. 2002; 13: 2953 – 2961
6. Cameron N., Demerath EW. Kritické obdobia v raste človeka a ich vzťah k chorobám starnutia. Am J Phys Anthropol 2002; 35: 159 – 184
7. Martyn C., Greenwald S. Porucha syntézy elastínu v stenách aorty a veľkých konduitových artérií počas skorého vývoja ako iniciačná udalosť v patogenéze systémovej hypertenzie. Lancet. 1997; 350: 953 – 955
8. Laurent S., Cockcroft J., Van Bortel L. a kol. Odborný konsenzuálny dokument o arteriálnej tuhosti: metodologické problémy a klinické aplikácie. Eur Srdce J. 2006; 27: 2588 – 2605
9. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. a kol. 2007 Smernice pre manažment arteriálnej hypertenzie: Pracovná skupina pre manažment arteriálnej hypertenzie Európskej spoločnosti pre hypertenziu (ESH) a Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC). Eur Srdce J. 2007; 28: 1462 – 1536
10. Van Bortel LM, Laurent S., Boutouyrie P. a kol. Odborný konsenzuálny dokument o meraní tuhosti aorty v každodennej praxi pomocou rýchlosti pulznej vlny karotídy-femoru. J Hypertens. 2012; 30: 445 – 448
11. Millasseau SC, Stewart AD, Patel SJ a kol. Hodnotenie rýchlosti pulznej vlny karotíd-femoru: vplyv algoritmu časovania a srdcovej frekvencie. Hypertenzia. 2005; 45: 222 – 226
12. Referenčné hodnoty pre spoluprácu arteriálnej tuhosti. Determinanty rýchlosti pulznej vlny u zdravých ľudí a za prítomnosti kardiovaskulárnych rizikových faktorov: „stanovenie normálnych a referenčných hodnôt". Eur Srdce J. 2010; 31: 2338 – 2350
13. Údaje OECD Japonsko. https://data.oecd.org/japan.htm. 2015
14. Munakata M. Rýchlosť pulznej vlny brachiálneho členka pri meraní arteriálnej tuhosti: nedávne dôkazy a klinické aplikácie. Curr Hypertens Rev. 2014; 10: 49 – 57
15. Yoshimura S., Hasegawa M., Arai C., Abe M., Aizawa Y. Rýchlosť aortálnej pulznej vlny a artérioskleróza (v japončine). Rinsho Byori. 1973; 21: 79 – 86
16. Asmar R., Benetos A., Topouchian J., Laurent P., Pannier B., Brisac AM, Target R., Levy BI. Posúdenie arteriálnej roztažnosti automatickým meraním rýchlosti pulznej vlny. Validačné a klinické aplikačné štúdie. Hypertenzia. 1995; 26: 485 – 490
17. Kawai T., Ohishi M., Onishi M., Ito N., Takeya Y., Maekawa Y., Rakugi H. Hraničná hodnota rýchlosti pulznej vlny brachiálneho členka na predpovedanie kardiovaskulárnych ochorení u pacientov s hypertenziou: kohortová štúdia. J Atheroscler Thromb. 2013; 20: 391 – 400
18. Ninomiya T., Kojima I., Doi Y., Fukuhara M., Hirakawa Y., Hata J., Kitazono T., Kiyohara Y. Rýchlosť pulznej vlny brachiálneho členka predpovedá rozvoj kardiovaskulárnych ochorení v bežnej japonskej populácii: Hisayama Study. J Hypertens. 2013; 31: 477 – 483
19. Takashima N., Turín TC, Matsui K., Rumana N., Nakamura Y., Kadota A., Saito Y., Sugihara H., Morita Y., Ichikawa M., Hirose K., Kawakani K., Hamajima N., Miura K., Ueshima H., Kita Y. Vzťah rýchlosti pulznej vlny brachiálneho členka k budúcim kardiovaskulárnym ochoreniam vo všeobecnej japonskej populácii: Štúdia Takashima. J Hum Hypertens. 2014; 28: 323 – 327
20. Sugawara J., Tanaka H. Rýchlosť pulznej vlny brachiálneho členka: mýty, mylné predstavy a realita. Pulse (Bazilej) 2015
21. Greenwald SE. Starnutie potrubných tepien. J Pathol. 2007; 211: 157 – 172
22. Tounian P., Aggoun Y., Dubern B. a kol. Prítomnosť zvýšenej stuhnutosti spoločnej krčnej tepny a endoteliálnej dysfunkcie u ťažko obéznych detí: prospektívna štúdia. Lancet 2001; 27: 358
23. Iannuzzi A., Licenzalvatore V., Auriemma L. a kol. Zvýšená hrúbka a stuhnutosť karotickej intimy obéznych detí. Starostlivosť o diabetes. 2004; 10: 2506 – 2508
24. J Clin Hypertens (Greenwich). marec 2017; 19(3): 227 – 234. Publikované online 2016 17. augusta doi: 10.1111/jch.12899 PMCID: PMC8030769 PMID: 27534706

Ján Kaňuch
ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, ul. Sekčovská 26, 086 41 Raslavice

Aké legislatívne zmeny priniesol tento rok pre všeobecných lekárov?

S rokom 2022 je spojených viacero legislatívnych zmien v oblasti zdravotníctva, ktoré ovplyvnili fungovanie nejednej ambulancie všeobecného lekára. Niektoré v pozitívnom smere, iné skôr v tom negatívnom. Aby vám nič neušlo, v najbližších riadkoch vám prinášame prehľad najvýznamnejších zmien legislatívy v oblasti zdravotníctva, ktoré sa dotkli všeobecných lekárov od začiatku roka 2022.



Zmeny v delegovanom predpisovaní

Prvý deň v roku 2022 priniesol zásadné zmeny v delegovanom predpisovaní liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré sa dotkli aj všeobecných lekárov. Základným predpokladom pre delegované predpisovanie sa stalo poverenie, ktoré **má byť výsledkom dohody medzi poverujúcim a povereným lekárom.** Tento atribút zákona o liekoch (z. č. 362/2011 Z. z.) explicitne zdôrazňuje – teda len samotné doručenie „poverenia" pacientom nezakladá pre lekára takéhoto pacienta právnu povinnosť lieky uvedené v poverení predpisovať namiesto poverujúceho lekára.

Nosnými prvkami novej právnej úpravy sa stalo to, že delegovanie je možné len v prípade, ak predpisujúcemu lekárovi v predpisovaní bránia kvalifikované dôvody – predpisujúci lekár môže delegovať predpis na iného lekára **len v prípade**, ak predpisovanie nemôže realizovať v dôsledku (cit.) **„svojej neprítomnosti na pracovisku"**, alebo (cit.) **„v prípade nefunkčnosti technických zariadení"**.

Zároveň sa delegované predpisovanie obmedzilo dvojitou (vzájomne pôsobiacou) limitáciou:

- **Prvá limitácia** – delegované predpisovanie je možné realizovať maximálne (neprerušene) počas dvoch mesiacov (napr. poverenie datované 5. 10. 2022, ktoré je vydané na dva mesiace, by malo končiť 5. 12. 2022).
- **Druhá limitácia** – poverujúci lekár môže delegovať predpisovanie voči konkrétnemu pacientovi maximálne 3-krát počas kalendárneho roka. Z toho vyplýva, že voči konkrétnemu pacientovi môže poverujúci lekár počas kalendárneho roku delegovať predpisovanie na max. tri dvojmesačné periódy (nebude rozhodujúce, či delegované predpisovanie vykonávali rôzni poverení lekári).

Aby to nebolo úplne jednoduché, tak okrem zákona môžu počas krízovej situácie vyvolanej ochorením COVID-19 platiť aj špeciálne rozhodnutia MZ SR, ktorými ministerstvo v podstate zákon upravuje. To sa udialo aj vo vzťahu k podmienkam predpisovania. **Dňa 15. 2. 2022 vydalo ministerstvo rozhodnutie č. Z012564-2022 z 15. 2. 2022, v ktorom špeciálne upravilo postup pri delegovanom a nemocničnom predpise.** Počas trvania krízovej situácie v dôsledku ochorenia COVID-19 (za krízovú situáciu sa považuje aj trvanie mimoriadnej situácie vyhlásenej kvôli COVID-19) má toto rozhodnutie prednosť pred pravidlami upravenými v zákone o liekoch. V zmysle rozhodnutia ministerstva môžu všeobecní lekári predpisovať lieky viazané na odbornosť lekára na základe odporúčania, ktoré bolo vydané ešte pred 1. januárom 2022, do doby platnosti odporúčania. Najdlhšie je to však na 12 mesiacov od vystavenia odporúčania na predpisovanie liekov.

Sprísnenie zákazu odporúčania lekárne, v ktorej si má pacient vybrať lieky

Zákaz určovať pacientovi, v ktorej verejnej lekárni a výdajni zdravotníckych pomôcok si má liek vybrať, vzťahujúci sa na predpisujúceho lekára pri predpisovaní lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny, existoval v rámci právnej úpravy už pred rokom 2022. Novelizácia zákona o liekoch však tento zákaz ešte sprísnila. Po novom je **zakázané, aby lekár pacientovi určoval, odporúčal alebo akýmkoľvek iným spôsobom, aj prostredníctvom iných osôb, ovplyvňoval výber poskytovateľa lekárskej starostlivosti** na účel výdaja predpísaných humánnych liekov, dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok. Lekár tak na základe uvedeného nesmie ani len náznakom spomenúť, a už vôbec nie odporučiť pacientovi konkrétnu lekáreň, v ktorej by daný predpísaný liek, potravinu alebo pomôcku pacient mohol nájsť. Tento postup nie je veľmi propacientsky, keďže často práve lekár má informácie o dostupnosti určitého lieku v určitej lekárni.

Nové pravidlá pre určovanie minimálnej siete všeobecných ambulantných lekárov

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je určite dôležité, aby v jednotlivých okresoch bol zabezpečený dostatočný počet lekárov s cieľom dosiahnutia efektívne dostupnej, plynulej, sústavnej a odbornej zdravotnej starostlivosti. Na zabezpečenie primárnej starostlivosti tak parlament ešte koncom minulého roka schválil veľkú reformu zdravotníctva, ktorá dosiahla pravidelné monitorovanie stavu počtu všeobecných lekárov v jednotlivých okresoch s cieľom eliminovať nedostatok lekárov v okresoch.

Prvé veľké vyhodnotenie stavu verejnej minimálnej siete všeobecnej zdravotnej starostlivosti ukázalo veľký nedostatok všeobecných lekárov pre dospelých a tiež pediatrov. To prináša otázku, ako možno lekárov motivovať k otváraniu ambulancií v nedostatkových okresoch. Odpoveďou na ňu je podľa Ministerstva zdravotníctva SR **nenávratný finančný príspevok, ktorý je primárnym opatrením na podporu vytvárania ambulancií v okresoch, v ktorých chýba najviac všeobecných lekárov a pediatrov.** Podmienky a mechanizmus pre podávanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok na zriadenie ambulancie upravuje § 6e zákona o poskytovateľoch (z. č. 578/2004 Z. z.). V rámci podmienok a postupu podávania žiadostí je stanovené, kto môže žiadať o príspevok, čo má obsahovať žiadosť, aké prílohy sa k žiadosti pripájajú a pod. Koncom júla 2022 zverejnilo ministerstvo zdravotníctva na svojej webovej stránke zoznam okresov s nedostatočnou obsadenosťou lekárskych miest. Na stránke ministerstva by mali byť zverejnené aj podklady k podaniu žiadosti o poskytnutie príspevku na zriadenie ambulancie.

Elektronická práceneschopnosť

Určite to dobre poznáte – tlačivá na potvrdenie dočasnej práceneschopnosti a množstvo chorých pacientov v čakárni. Ošetrovať pacientov, alebo robiť celé dni administratívu? To je dilema väčšiny lekárov, ktorí volali po tom, aby boli odbremenení od zbytočnej administratívy a vypisovania tlačív. S ohľadom na to **došlo od 1. júna 2022 k elektronickému potvrdzovaniu dočasnej pracovnej neschopnosti.**

Elektronické potvrdzovanie práceneschopnosti (ďalej len „PN") a vytváranie elektronických záznamov o dočasnej práceneschopnosti je koncipované v rámci legislatívnych zmien **ako povinnosť lekára**. Zákonodarca v rámci stanovenia novej povinnosti vytvárania elektronických záznamov pri potvrdzovaní PN určil aj **prechodné obdobie, počas ktorého lekári majú možnosť potvrdzovať a vystavovať PN aj podľa doterajších postupov (potvrdzovanie na tlačive Sociálnej poisťovne) alebo už elektronicky. Prechodné obdobie trvá do 31. mája 2023**, keď sa e-PN stane už jediným spôsobom potvrdzovania dočasnej práceneschopnosti (s výnimkou nefunkčnosti systému).

Čo všetko musí obsahovať elektronický zápis o dočasnej práceneschopnosti, to, akým spôsobom sa e-PN ukončuje, ako aj postavenie ošetrujúceho lekára v procese stanoveného liečebného režimu počas PN, upravuje zákon o zdravotnej starostlivosti (z. č. 576/2004 Z. z.) v spojení so zákonom o sociálnom poistení (z. č. 461/2003 Z. z.).

Už ste skontrolovali, či OR SR zosúladil údaje o spoločníkoch a konateľoch vašej spoločnosti?

Červený krížik pri spoločníkoch/konateľoch znamená, že údaje sú neaktuálne a **musíte ich doplniť do 30.09.2022**.

Viac informácií nájdete v našom článku na odkaze **www.bit.ly/zosuladenie**.

Prejdite k nákupu služby jednoduchou pomocou QR kódu alebo URL odkazu.
www.bit.ly/udajeorsr

NECHAJTE TO NA NÁS!

Radi pre Vás zosúladenie údajov v OR SR zabezpečíme. Objednajte si službu online, na odkaze **www.bit.ly/udajeorsr** alebo emailom na office@hhpartners.eu.

Pre viac informácií nás neváhajte kontaktovať na **office@hhpartners.eu** alebo **+421 948 761 536**.

Zosúladenie údajov v OR SR
(pripravíme všetky listiny a následne vykonáme zápis do OR SR za Vás)
99 EUR s DPH
(konečná cena)

mediPRÁVNIK.sk

Poučenie pacienta v jazyku národnostnej menšiny

Novela 267/2022 Z. z. do § 6 ods. 2 zákona o zdravotnej starostlivosti vložila novú druhú vetu v znení: *„Na poučenie osoby v jazyku národnostných menšín sa vzťahuje osobitný predpis 5aa)“*. Týmto osobitným predpisom je zákon č. 184/1999 Z. z. o používaní jazyka menšín (a k tomu naviazané podzákonné predpisy, ako napríklad nariadenie vlády SR č. 221/1999 Z. z.). Zákon o jazyku menšín síce stanovuje pravidlá pre uplatňovanie týchto práv, no je treba povedať, že jeho režim je smerovaný primárne na oblasť verejnej správy a obávam sa, že je ťažkopádny pre realizáciu občianskoprávnych vzťahov.

Od 1. augusta 2022 ustanovenie § 6 ods. 2 znie takto: *„(2) Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť.* ***„Na poučenie osoby v jazyku národnostných menšín sa vzťahuje osobitný predpis.***[5aa] *Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný zaznamenať v príslušnom elektronickom zdravotnom zázname v elektronickej zdravotnej knižke informáciu o tom, či*

a) bolo osobe poskytnuté poučenie,
b) osoba odmietla poučenie,
c) osoba udelila informovaný súhlas,
d) odmietla udeliť informovaný súhlas alebo
e) osoba informovaný súhlas odvolala.“

Jednoducho vyzerajúce nápady (hoci majú legitímny cieľ) môžu, žiaľ, predstavovať aplikačnú katastrofu. Predpokladáme, že cieľom zákonodarcu bolo zabezpečiť, aby pacient idúci „pod nôž“ dostal informácie o povahe, rizikách a dôvodoch vedúcich k zdravotnému výkonu v takom jazyku, ktorému rozumie. Určité obavy vyjadrujeme k tomu, že sa (inak legitímny) záujem urobiť všetko pre to, aby pacient rozumel informáciám o výkone, do zákona vložil ako zákonná a explicitná povinnosť poskytovateľa. Dobre vieme, že porušenie povinnosti je spojené s negatívnymi následkami, v tomto prípade to zjavne nebude inak. Ďalší rozmer komplikovanej vykonateľnosti spočíva v tom, že poučovacia povinnosť nie je autonómnym záväzkom, ale, naopak, súvisí s mnohými ďalšími „paragrafmi“.

Zatiaľ je ťažké odhadnúť konkrétny rozsah zásahu novým režimom. Preto si dovolíme uviesť len otázky, ktoré sa novej právnej úpravy dotýkajú, a ktoré neradno podceniť. Najprv by sme chceli upozorniť na pravidlá zapisovania do zdravotnej dokumentácie (§ 19 ods. 2 písm. b/ v spojení s § 21 ods. 3 písm. b/). Zákon zaväzuje poskytovateľa, aby do zdravotnej dokumentácie zapísal aj obsah poučenia. Znamená to, že každé poučenie osoby, ktorá má v zmysle zákona 184/1999 Z. z. o používaní jazyka menšín právo použiť jazyk menšiny, musí byť v zdravotnej dokumentácii zaznamenané v jazyku menšiny, ktorým osoba hovorí? Ak nebude, znamená to, že poskytovateľ porušil povinnosť viesť dokumentáciu správne? Ak bude poskytnutie takejto zdravotnej starostlivosti kontrolovať Úrad pre dohľad a poučenie nebude v jazyku menšiny, tak to úrad vyhodnotí ako porušenie zákona? Kto bude vyhodnocovať, či poučenie v bulharčine je zrozumiteľné a dostatočné (bude mať ÚDZS prizvaných tlmočníkov)? Predstavme si, že pacient, ktorý mal právo byť poučený v jazyku svojej menšiny (a nebol), bude ex post namietať, že nepoznal riziká spojené so zákrokom a pokiaľ by o nich bol zrozumiteľne (vo svojom jazyku) poučený, tak by daný elektívny zákrok nepostúpil. Bude súd v takom prípade (ináč skvelý) informovaný súhlas v slovenskom jazyku (podpísaný pacientom), ktorý mu poskytovateľ predloží, posudzovať ako správny a zákonný? V každom prípade je vhodné, aby si poskytovatelia zistili, či a v akom rozsahu sa na nich bude nový režim vzťahovať a na aké poučovacie modality by sa mali pripraviť. Uvidíme, čo to prinesie v praxi.

Mať prehľad nikdy nezaškodí

Pri množstve práce, ktorú ako lekári v ambulanciách máte, je pre vás určite náročné v spleti toľkých informácií zachytiť tie, ktoré by sa týkali vašej profesie. Byť pravidelne informovaný a upozorňovaný na legislatívne zmeny a novinky a mať v nich prehľad preto určite nezaškodí. Ako právnici s vášňou pre medicínske právo vám s tým pravidelne pomáhame prostredníctvom našich článkov, o ktorých informácie zverejňujeme každý mesiac aj na webovej stránke Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) v sekcii „Právnik radí“, prípadne v plnom znení na našom portáli www.medipravnik.sk zameranom na pomoc poskytovateľom ambulantnej starostlivosti. Informácie o dôležitých legislatívnych zmenách si môžete vypočuť aj v našom pravidelnom podcastovom seriáli „Legislatívny sumár“, ktorý vždy začiatkom mesiaca uverejňujeme na stránke https://www.medipravnik.sk/podcasty/, ako aj na všetkých podcastových platformách, ako Google Podcast, Apple podcast, Spotify, youtoube.com a Podbean.

Mgr. Lenka Kavarniková,
JUDr. Ivan Humeník, PhD. – hEh PARTNERS,
advokátska kancelária, s. r. o.,
www.medipravnik.sk

Štvrtok 13. 10. 2022 PREHĽADNÝ PROGRAM

Sála	Sála Bellevue I.	Sála Bellevue II.	Sála Bellevue III.
8:00 – 9:00	ČO JE NOVÉ VO VYKAZOVANÍ VÝKONOV (WS)		
9:10 – 10:10	MLADÝ PRAKTIK		
10:20 – 11:20	LEGISLATÍVA A BEZPEČNOSŤ LEKÁRA PRE ROK 2022	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	AKTUÁLNY POHĽAD NA POLYMORBÍDNEHO PACIENTA *Blok podporený spoločnosťou Krka Slovensko, s. r. o.*	VARIA	AMBULANTNÝ SW, NCZI A SOCIÁLNA POISŤOVŇA. ČO ICH SPÁJA A ČO ROZDEĽUJE?
14:40 – 15:40	VENÓZNE OCHORENIA *Blok podporený spoločnosťou Servier Slovensko*	PRAKTICKÉ ASPEKTY MANAŽMENTU JEDINCOV ŽIJÚCICH S OBEZITOU *Blok Slovenskej obezitologickej asociácie*	PANELOVÁ DISKUSIA: ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE
15:50 – 16:50	CHRÁNIME NAŠICH PACIENTOV – DOSTATOČNE? *Sympózium podporené spoločnosťou VIATRIS*	POST-COVID 19 OČAMI KARDIOLÓGA A INTERNISTU	KRÁTKE INTERVENCIE, MOTIVAČNÝ ROZHOVOR A TERAPEUTICKÁ EDUKÁCIA PACIENTA V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI
17:00 – 18:00	CHOROBY PEČENE A PRAKTIK *Blok Slovenskej hepatologickej spoločnosti*	AKO ZLEPŠIŤ KOMUNIKÁCIU LEKÁR-PACIENT. FENOTYPY PACIENTOV Z POHĽADU LEKÁRA MANAŽUJÚCEHO KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA A POSTOJ PSYCHIATRA *Sympózium podporené spoločnosťou SERVIER*	VARIA
20:30	**Diskusný večer SSVPL**		

PREHĽADNÝ PROGRAM

Piatok 14. 10. 2022

Sála	Sála Bellevue I.	Sála Bellevue II.	Sála Bellevue III.
8:00 – 9:00	NEFARMAKOLOGICKÝ PRÍSTUP V PREVENCII A LIEČBE CHRONICKÝCH NEPRENOSNÝCH OCHORENÍ *Blok SAVP*	BLOK TELOVÝCHOVNÉHO LEKÁRSTVA	
9:10 – 10:10	B12 DEFICIENCIA V PRAXI – ČO SME MOŽNO NEVEDELI? *Blok podporený spoločnosťou Worwag*	BLOK PNEUMOLÓGIE A FTIZEOLÓGIE	TELOVÝCHOVNÉ LEKÁRSTVO PRE NEŠPORTUJÚCEHO PACIENTA
10:20 – 11:20	EKG DIAGNOSTIKA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA *Interaktívny workshop*	PRIMÁRNA PREVENCIA ZHUBNÝCH NÁDOROV PROBIOTIKÁ A ZHUBNÉ NÁDORY	KAM ĎALEJ S OČKOVANÍM PROTI COVID-19 *Blok podporený spoločnosťou Medison Pharma*
11:30 – 12:30	MALÝ KROK PRE CIEVY, VEĽKÝ KROK PRE KVALITU ŽIVOTA *Blok podporený spoločnosťou KRKA*	ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY	OČKOVANIE V KONTEXTE OCHRANY ZDRAVIA – MEDICÍNSKE A PRÁVNE ASPEKTY
12:30 – 13:30	**Obed**		
13:30 – 14:30	PANELOVÁ DISKUSIA: AK TO NEVIEME ODMERAŤ, NEMÔŽEME TO ZMENIŤ! DÔLEŽITOSŤ PREVENCIE V PANDEMICKOM OBDOBÍ *Blok podporený spoločnosťou VIATRIS*	DERMATOLÓGIA	VARIA
14:40 – 15:40	SILA SYNERGIE *Blok Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti*		VARIA
15:50 – 16:50	NOVÁ ÉRA V LIEČBE OBEZITY V NAŠEJ PRAXI *Sympózium podporené spoločnosťou Novo Nordisk*	PREČO JE ADHERENCIA K FARMAKOTERAPII DÔLEŽITÁ?	FIBRILÁCIA PREDSIENÍ A NOVÉ TRENDY V SRDCOVOM ZLYHÁVANÍ
17:00 – 18:00	OCHORENIA ŠTÍTNEJ ŽĽAZY *Blok podporený spoločnosťou MERCK*	ANGIOLOGICKÝ BLOK	TRADIČNÁ ČÍNSKA MEDICÍNA
20:30	**Diskusný večer SSVPL**		

Sobota 15. 10. 2022 PREHĽADNÝ PROGRAM

Sála	Sála Bellevue I.	Sála Bellevue II.	Sála Bellevue III.
8:30 – 9:30	MANAŽMENT PACIENTA S OCHORENÍM KOLENNÉHO KĽBU *Ortopedický blok*		
9:40 – 10:40	AKTUÁLNE POKROKY V PREVENCII A LIEČBE INFEKČNÝCH OCHORENÍ *Blok podporený spoločnosťou Pfizer*	BLOK Kliniky všeobecného lekárstva UPJS LF a Nemocnice AGEL Košice Šaca, a. s.	
10:50 – 11:50	BLOK SLOVENSKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ A VAKCINOLOGICKEJ A SPOLOČNOSTI (SEVS)	PREVENTÍVNA KARDIOLÓGIA. NOVÉ MOŽNOSTI V MANAŽMENTE PACIENTOV SO ZVÝŠENÝM KV RIZIKOM	
12:00 – 13:00	MODEROVANÁ DISKUSIA NA PÓDIU „ČAS NA OTÁZKY“ (QUESTION TIME) – ČLENSKÁ SCHÔDZA		

43. výročná konferencia SSVPL

WORKSHOPY

Štvrtok 13. 10. 2022

Sála	Salónik Kristal	Dámsky salónik	Salónik Gold	Telocvičňa
13:30 – 14:30	AROMATERAPIA A JEJ VPLYV NA CELKOVÉ TELO A PSYCHIKU			
14:40 – 15:40	STABILIZÁTOR CIRKULÁCIE ENERGIE KRVI			
15:50 – 16:50	Detoxikácia a výživa organizmu prírodnými šťavami, prírodná liečba boreliózy. Meranie jednotlivých systémov v tele EWS analyzátorom.			
17:00 – 18:00	PSYCHOSOMATICKÝ PRÍSTUP V MEDICÍNE			

Piatok 14. 10. 2022 WORKSHOPY

Sála	Salónik Kristal	Dámsky salónik	Salónik Gold	Telocvičňa
9:10 – 10:10	Psychosomatický prístup v medicíne	9:10 – 10:40 KURZ PRVEJ POMOCI V RIEŠENÍ NEODKLADNÝCH STAVOV *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 25 –30 osôb*	DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	TERAPIA POHYBOM *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 6 osôb*
10:20 – 11:20	Mikroimunoterapia v ambulatnej praxi		DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	
11:30 – 12:30	Synergia psycho-somatického a fyzioterapeutického prístupu pri (VAS)	10:50 – 12:30 KURZ PRVEJ POMOCI V RIEŠENÍ NEODKLADNÝCH STAVOV *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 25 –30 osôb*	DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	TERAPIA POHYBOM *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 6 osôb*
12:30 – 13:30	**Obed**			
13:30 – 14:30	“Budúcnosť bez dymu” *Workshop podporený spoločnosťou Philip Morris*	13:30 – 15:00 KURZ PRVEJ POMOCI V RIEŠENÍ NEODKLADNÝCH STAVOV *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 25 –30 osôb*	DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	ŠKOLA CHRBTA – plus *Kapacita: 30 osôb*
14:40 – 15:40	Komunitné pohybové aktivity a telemedicína – hľadáme nové riešenia starých problémov		DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	TERAPIA POHYBOM *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 6 osôb*
15:50 – 16:50	Klinický asistent na báze umelej inteligencie pre efektívnu diagnostiku a liečbu kardiovaskulárnych ochorení POWERFUL MEDICAL		DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	ŠKOLA CHRBTA – plus *Kapacita: 30 osôb*
17:00 – 18:00	SLEDOVANIE HEMATOONKOLOGICKÝCH PACIENTOV U PL	Tvoja ambulancia združenie právnických osôb	DIAGNOSTIKA InBody *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 4 osoby*	TERAPIA POHYBOM *Pre platiacich členov SSVPL zdarma* *Kapacita: 6 osôb*

Sobota 15. 10. 2022 WORKSHOPY

Sála	Salónik Kristal	Dámsky salónik	Salónik Gold	Telocvičňa
9:40 – 10:40				ŠKOLA CHRBTA – plus *Kapacita: 30 osôb*

43. výročná konferencia SSVPL

13. – 15. október 2022

Grand Hotel Bellevue, **Horný Smokovec**

SESTERSKÁ SEKCIA

Sobota 15. 10. 2022

Grandhotel Starý Smokovec

8:00 – 9:00	I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK
9:00 – 9:10	OTVORENIE KONFERENCIE
9:10 – 10:40	II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK VŠZASP SV. ALŽBETY BRATISLAVA
11:00 – 12:00	III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK
12:00 – 14:00	IV. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

IDL Company

Chcete byť informovaní o odborných podujatiach?

Registrujte sa na **www.idl.sk**

Podujatia pre lekárov, zdravotné sestry a medicínsko-technických pracovníkov

Kongresy | Konferencie | Semináre
Webináre | ON-LINE konferencie

METROLÓGIA A LEGISLATÍVA

Ktoré prístroje v ordinácii je podľa zákona potrebné mať nakalibrované?

V zmysle zákona č. 157/2018 Z. z. o metrológii v znení neskorších predpisov sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní používať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti určené meradlá. Kalibrovať a overovať meradlá by si teda mali dávať všetci profesionálni zdravotníci (nemocnice, polikliniky, lekári, lekárne, laboratóriá, záchranné služby a pod.).

Vyhláška č. 161/2019 Z. z., príloha č. 1 upravuje zoznam určených meradiel, t. j. meradlá určené na povinnú metrologickú kontrolu. Z tohto zoznamu je niekoľko meradiel používaných v zdravotníctve, napr. praktickým lekárom: tlakomer krvi, lekársky teplomer, osobná váha.

- Neinvazívne meradlá tlaku krvi – pri kúpe overené od výrobcu.
  Následne:
  - Mechanické – overujú sa každé 2 roky
  - Elektromechanické – overujú sa každý 1 rok
- Váhy s neautomatickou činnosťou triedy presnosti III na váženie osôb používané v zdravotníctve – pri kúpe overené od výrobcu, následne: overujú sa každé 2 roky
- Lekárske a zverolekárske teplomery – pri kúpe overené od výrobcu, následne sa overujú každé 2 roky
- Teplomer v ambulancii/vyšetrovni, teplomer v chladničke/mrazničke s liekmi, teplomer s vlhkomerom v liekovej skrinke sú takisto povinne kalibrované meradlá, no tu si interval kalibrácie určuje používateľ

Ak si používateľ meradla nie je istý správnosťou nameraných hodnôt, môže si dať, samozrejme, nakalibrovať aj meradlá, ktoré nespadajú do povinnej metrologickej kontroly:

- Výškomer – odporúčame kalibračný interval 1 – 2 roky
- Zvinovací meter – odporúčame kalibračný interval 1 – 2 roky
- Centrifúga (odstredivka) – odporúčame kalibračný interval 1 – 2 roky
- EKG – odporúčame kalibračný interval 1 – 2 roky
- Termostat, inkubátor, termostatická vanička – odporúčame kalibračný interval 1 – 2 roky

V týchto prípadoch si kalibračný interval určuje používateľ sám. Kalibrácia týchto meradiel sa požaduje pri klinických skúšaniach/štúdiách.

Terapia pohybom

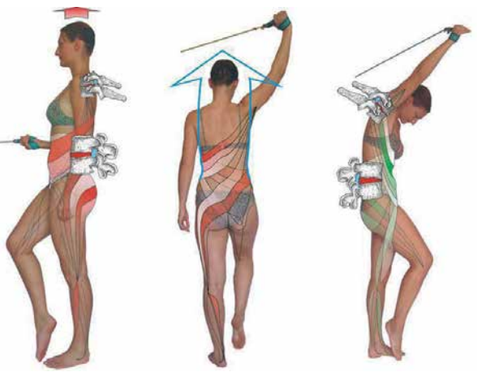
SM Systém

Prednáška SM systém

13. 10. 2022 o 17:00

Sála Bellevue III, Grand Hotel Bellevue

ODLEP SA!
SM systém pre zdravý chrbát



SM Systém

s inštruktorom

14. 10. 2022

v telocvični Grandhotela Bellevue

Časy: 9:10 – 10:10 | 11:30 – 12:30
14:40 – 15:40 | 17:00 – 18:00

KRKA

HOMOLA MEDICAL

AKREDITOVANÉ A AUTORIZOVANÉ KALIBRAČNÉ LABORATÓRIUM

Diagnostika ciev a jej včasné odhalenie upchávania tepien, napríklad v dolných končatinách, môže predísť srdcovému infarktu alebo cievnej mozgovej príhode.

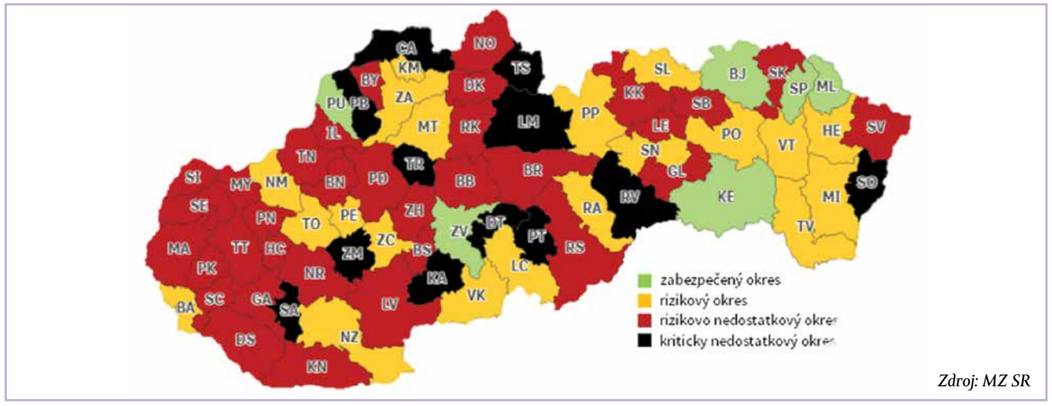
Pravidelným **OVEROVANÍM** svojho prístroja si môžete byť istí, že namerané hodnoty budú správne a presné.

V našich kalibračných laboratóriách vykonávame **overovanie** a **kalibrácie** tlakomerov, teplomerov, vlhkomerov a iných meradiel

Viac info: www.homola-medical.sk

BRATISLAVA +421/905 733 990
RUŽOMBEROK +421/905 797 121
KOŠICE +421/908 976 534

Kde najviac chýbajú všeobecní lekári?



Zdroj: MZ SR

Ministerstvo zdravotníctva SR v rámci prebiehajúcej reformy všeobecnej ambulantnej starostlivosti zverejnilo prvýkrát podľa nových pravidiel na svojom webovom sídle výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete všeobecných lekárov a primárnych pediatrov.

Na základe výsledkov vyhodnotenia stavu siete chýba na Slovensku 400 všeobecných lekárov pre dospelých a 223 primárnych pediatrov.

Vybrané súhrnné údaje z vyhodnotenia ukazujú, že sieť všeobecných lekárov pre dospelých zabezpečuje 2 404 všeobecných lekárov, kde súčet ich úväzkov predstavuje 2 071 lekárskych miest. Priemerný vek všeobecných lekárov je na úrovni 57 rokov a 41 % z nich je vo veku 63 a viac rokov.

Analýza zmapovala všetky okresy a rozdelila ich podľa aktuálneho počtu lekárov a potrebnej kapacity na štyri skupiny – zabezpečené, rizikové, rizikovo nedostatkové a kriticky nedostatkové.

Vyhodnotenie ukázalo, že viac ako polovica okresov má problém so zabezpečením všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Len šesť zo 79 okresov má uspokojivo zabezpečenú všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých. Ide o okresy Zvolen, Košice, Bardejov, Medzilaborce, Stropkov a Púchov.

Najkritickejšia situácia so všeobecnými lekármi je v okresoch Považská Bystrica, Zlaté Moravce, Krupina a Poltár. Systém držia nad vodou lekári, ktorí sú pár rokov pred dôchodkom, a aj tých je málo. Dokopy Slovensku chýba približne päťsto lekárov a stav je kritický.

Jedným z prvých opatrení na podporu a stabilizáciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti je aj nenávratný finančný príspevok na zriadenie ambulantnej praxe. Opatrenie je financované z prostriedkov Plánu obnovy a odolnosti v rámci Komponentu 11 – Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť vo výške 10 miliónov eur so začiatkom čerpania v roku 2022. Cieľom je podporiť vznik 170 všeobecných ambulancií. Výzva by mala byť zverejnená na jeseň.

O príspevky sa budú môcť uchádzať aj lekári, ktorí ešte nezískali povolenie na prevádzkovanie ambulancie. Cieľom príspevku je navigovať uchádzačov o príspevok do oblastí, kde je najväčšia potreba, a teda ovplyvniť ich rozhodovanie v čase pred vydaním povolenia, ktoré sa spája už s konkrétnym miestom prevádzkovania ambulancie. Zároveň sa môžu o príspevky okrem nových lekárov uchádzať aj existujúci poskytovatelia, ktorí plánujú zriadiť a prevádzkovať všeobecnú ambulanciu, pokiaľ za všeobecného lekára alebo pediatra, ktorého plánujú zamestnať, preukážu splnenie rovnakých podmienok ako v prípade nového lekára žiadateľa.

Cieľom príspevku je odstrániť niektoré bariéry, ktoré odrádzajú mladých lekárov stať sa všeobecnými lekármi. Okrem nízkeho kompetenčného statusu všeobecného lekára predstavuje ďalšiu z prekážok aj finančné preklenutie obdobia tvorby kapitačného kmeňa, to znamená obdobia do uzavretia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s dostatočným počtom poistencov, aby príjmy od zdravotných poisťovní pokryli každomesačné náklady začínajúceho lekára.

Zoznam bude ministerstvo vydávať každoročne najneskôr do 31. júla, kde po vyhodnotení stavu siete a klasifikácii okresov na daný rok znova určí najkritickejšie okresy a počet príspevkov na nové obdobie.

Druhou fázou bude schválenie novej koncepcie všeobecného lekárstva a primárnej pediatrie, spojenej s posilnením kompetencií a revíziou úhradového mechanizmu. Tretia fáza bude zameraná na zníženie administratívnej záťaže, audit byrokracie je naplánovaný na druhý polrok 2022, v budúcom roku sa očakávajú návrhy riešení.

Kde nájdu pacienti nového lekára?

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v Správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2021 informoval, že k vlaňajšiemu roku bolo podľa neho takmer 294 223 poistencov bez zmluvného lekára všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

„Mnohí lekári sú už takí vyčerpaní, že končia svoju prax, aj keď nemajú za seba náhradu. Pacienti tak zostávajú bez všeobecného lekára, a sú preto nútení za novým lekárom dochádzať desiatky kilometrov," skonštatoval. Očividné je to podľa neho najmä v odľahlých regiónoch a dedinách.

Na problematiku všeobecnej ambulantnej starostlivosti upozorňuje aj strategický rámec starostlivosti o zdravie do roku 2030. Ministerstvo zdravotníctva v ňom okrem nedostatku všeobecných lekárov a ich vysokého veku poukazuje na starnutie populácie a významný nárast chronických ochorení. Podľa neho je nevyhnutné posilniť personálne kapacity všeobecných ambulancií a implementovať nové modely organizácie práce s cieľom zvýšenia produktivity. Rezort tiež zdôraznil, že udržanie ambulantnej praxe s modelom jeden lekár a jedna sestra nie je do budúcna možné.

Zdroj: https://www.teraz.sk/zdravie/udzs-vseobecni-lekari-maju-vysoky/648655-clanok.html

Sme váš nový výbor. Sme tu pre vás

Osvedčením notárskej zápisnice o priebehu a výsledku volieb do orgánov občianskeho združenia Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva zo dňa 9. 6. 2022 boli v zmysle stanov a počtu získaných lístkov zvolení noví členovia výboru a dozornej rady. Predstavme si ich ako vašich kolegov a ľudí, ktorí vás budú na najbližšie štyri roky zastupovať a zároveň majú nádej, že spoločne sa budete tešiť z mnohých úspechov, ktoré odbor všeobecné lekárstvo dosiahne. Sú vašimi predĺženými hlasmi a veria, že vzájomná súčinnosť a rešpekt budú súčasťou vašej vzájomnej spolupráce. Sú tu pre vás, za vás.

MUDr. Peter Makara, MPH,
Snina (Prešov) – **prezident**

„Náš odbor vyžaduje obrazne povedané resuscitáciu a sledovanie na JIS. Dôležité je začať od podpory odboru na lekárskych fakultách cez postgraduálne vzdelávanie až po zlepšenie financovania našich praxí a kompetencií všeobecných lekárov pre dospelých. Z uvedených okruhov sa ja osobne najviac venujem financovaniu nášho odboru, príprave materiálov na rokovania so ZP a príprave nášho každoročného jesenného kongresu. Z pozície člena výboru odbornej spoločnosti budem podporovať vznik odborných skupín, ktoré sa budú venovať príprave odborných postupov a odborných seminárov pri získavaní nových kompetencií. Budem podporovať naše členstvo vo WONCA, našich kolegov, ktorí sa aktívne zúčastňujú zahraničných konferencií WONCA a ich prácu v odborných skupinách WONCA.“

MUDr. Peter Lipovský,
Miloslavov (Bratislava)
– viceprezident

„Do apríla som bol predsedom Mladých praktikov Slovenska. Mám skvelú nástupkyňu a mojím záujmom v SSVPL bude najmä motivácia a vzdelávanie mladých slovenských lekárov pre prácu všeobecného lekára pre dospelých.“

MUDr. Jana Bendová, PhD., MPH, MBA,
Veľký Biel (Bratislava) – **vedecká sekretárka a zástupkyňa vo výboroch WONCA**

Už viac ako 20 rokov praxe jej nechýba nadšenie pre medicínu a prácu s ľuďmi. Propagátorka zdravia a prevencie s medzinárodnými skúsenosťami, bývalá hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR. Aktívne pôsobiaca vo výboroch WONCA. „Verím, že aj mojím pričinením dokážem, že tí ktorí tvrdia, že ‚tí najlepší lekári už dávno odišli do zahraničia‘ sa mýlia. Aj na Slovensku zostalo veľa vynikajúcich lekárov, ktorí nemajú to srdce odísť a nechať túto krajinu ‚v štichu‘. Rada by som bola príkladom, že všeobecné lekárstvo je výnimočné v tom, že nepozerá iba na jeden orgán, ako na srdce, hlavu, kolená, ale pozerá na človeka ako celok, nielen ako množinu všetkých chorôb, ktoré daný človek má, ale berie ho ako človeka s jeho chápaním, kultúrou, náboženstvom, náladami a postojom k zdraviu. To znamená, že vníma človeka ako komplex, ako osobnosť, a to je veľmi krásne na medicíne.“

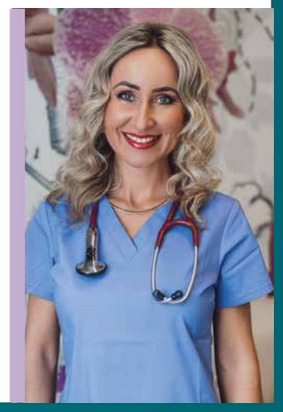
Členovia výboru

MUDr. Beáta Blahová, PhD.
Krompachy (Košice)

„Zlepšenie ohodnotenia všeobecných lekárov. Zvýšenie povedomia všeobecných lekárov a zlepšenie kreditu a pozitívneho obrazu všeobecných lekárov medzi pacientmi, ale aj v kruhoch špecialistov. Zlepšenie možností vzdelávania sa všeobecných lekárov. Informovať a pomáhať s realizáciou výmenných pobytov a stáží v zahraničí. Špecifikovať a riešiť problémy vidieckych lekárov. To sú oblasti, v ktorých by som bola rada nápomocná.“ **Viac na strane 47.**

MUDr. Diana Baranová-Ganajová,
Košice (Košice) – **nová členka výboru**

Od r. 2015 pôsobí aj ako zmluvný a posudkový lekár Veľvyslanectva Spolkovej republiky Nemecko. Okrem svojej práce v ambulancii a aktuálnych rodičovských povinností sa venuje edukačným, preventívnym, publikačným a prednáškovým aktivitám venovaným odbornej lekárskej aj širokej verejnosti. Rada sa aktívne podieľa na organizácii rôznych športových či charitatívnych podujatí bez obmedzenia veku, ktoré úzko súvisia so zdravým životným štýlom. „Náš odbor je z môjho pohľadu skutočne jedinečný a výnimočný. Okrem toho, že nás je málo, fungujeme ako vstupná aj výstupná brána pre našich pacientov. Všeobecného lekára vyhľadá pacient ako prvého v prípade problémov a zdravotných ťažkostí, a neraz sme to práve my, na koho sa obracia aj po prípadných vyšetreniach u špecialistov. Občas síce mám pocit, že som nielen lekár, ale aj učiteľ, poradca, spovedník, ekonóm, technik, IT špecialista, To však nič nemení na veci, že akokoľvek som po práci unavená, vždy sa po malom resete teším na ďalší deň do práce. Lebo u nás je každý jeden deň iný a zaujímavý. Páči sa mi, kam postupne smeruje náš odbor, hoci malými krôčikmi, a nie tak rýchlo, ako by sme si predstavovali, ale zásadné je, že nestagnujeme, necúvame, ale hýbeme sa vpred. Chýba mi však súdržnosť v našich radoch, je zrejmé, že pokiaľ by sme sa dokázali zjednotiť a bojovať spoločne, išlo by to oveľa jednoduchšie a ľahšie. Verím, že ako členka výboru to budem môcť napravať."



MUDr. Jozef Čajka,
Liptovský Hrádok (Žilina), **nový člen výboru**

„Povolanie všeobecného lekára je krásne, treba však mať víziu, pevné nervy, trpezlivosť pri rozhodovaní, či a ako si zriadiť ambulanciu, dostatok času na ňu, samozrejme, pre začiatky aj zdroj peňazí. Každému, kto sa bude rozhodovať, viem pomôcť dobrou radou, skúsenosťami, vysvetľovaním systému, ktorým som sa predieral, kým som to zvládol, ako som najlepšie vedel, vrátane využívania informačných technológií. Práca všeobecného lekára je pre mňa tá najlepšia práca a veľmi ma baví, ohohacuje. Chcem byť nápomocný aj v rôznych oblastiach, ktorým sa môže všeobecný lekár venovať, ako sú zdravie a výživa a zdravotná stránka estetickej medicíny. A motto? Kam nemôže slnko, musí lekár."

prof. MUDr. Peter Kalanin,
Košice (Košice)

Prednosta Kliniky všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice Košice-Šaca. „Okruhy problémov, ktoré by som rád pre SSVPL riešil, sú vedecko-výskumná činnosť v odbore všeobecné/praktické lekárstvo."

MUDr. Katarína Kováčová,
Šaľa (Nitra)
– predsedníčka Mladých praktikov

„Motto, ktorým sa riadim v mojej práci, je inšpirované citátom od docenta Dobiáša, ktorý povedal: ‚Úlohou všeobecných lekárov je ľudí aj vzdelávať a snažiť sa o prevenciu onkologických a kardiologických ochorení. Keď si pacient s infarktom myokardu volá sanitku, je to posledná pomoc, ale prvá pomoc je tá, ktorú dáva rodič svojmu dieťaťu, keď ho učí, ako správne žiť.' To je za mňa veľmi silná myšlienka, ktorú sa snažím uplatňovať vo svojej praxi. Snažím sa vzdelávať a učiť pacientov. Robím zdravotnú výchovu a snažím sa im podať tú prvú pomoc, aby si nemuseli tú sanitku volať. Snažím sa to robiť vždy, keď diagnostikujem nejaké ochorenie." **Viac v rozhovore na stranách 35 – 39.**

MUDr. Michaela Macháčová,
Topoľčany (Nitra), **zástupkyňa vo výboroch WONCA**

„Vo všeobecnom lekárstve je mojím cieľom dosiahnutie čo najlepšieho vybavenia v ambulanciách VPL, v zmysle POCT analyzátorov (CRP, INR, EKG, tlakový Holter, ABI meranie), ktoré efektívne pomáhajú v prevencii, diagnostike a terapii, a preplácanie týchto výkonov nad rámec kapitácie zdravotnými poisťovňami. Tiež budem rada nápomocná naďalej ako aktívny zástupca v zahraničných inštitúciách, kde je SSVPL členom."

MUDr. Mária Matusová,
Dunajská Streda (Trnava)

„Problémy, ktorým by som sa rada vo výbore SSVPL venovala, sú zlepšenie ohodnotenia VPL, udržiavanie a zlepšenie medzinárodnej komunikácie, zlepšenie možností vzdelávania VPL na medzinárodnej úrovni, posudzovanie zdravotnej spôsobilosti pacientov vo vzťahu k práci."

MUDr. Soňa Ostrovská,
Bratislava (Bratislava)

„Okruhy problémov, ktoré považujem za potrebné riešiť, sú: pokračovanie v rokovaniach so zdravotnými poisťovňami o zmluvách pokrývajúcich reálne oprávnené finančné požiadavky lekárov primárneho kontaktu, zvyšovanie kompetencií všeobecných lekárov, zatraktívnenie odboru všeobecného lekárstva, a tým zvýšenie záujmu mladých lekárov o prácu v tomto odbore, podpora ďalšieho vzdelávania formou domácich aj zahraničných konferencií. A akým mottom sa v práci riadim? Nerobiť nikomu zle, aby som nebol zaťažený zlou myšlienkou, sme tu na to, aby sme pomáhali, či sú ľudia zlí, alebo dobrí. U nás nejde o peniaze, ale o život."

MUDr. Peter Pekarovič,
Hlohovec (Trnava)

„Rád by som sa venoval vo výbore týmto problémom: Zjednotiť rozdelenú komunitu VL na Slovensku do jedného celku, ktorý môže účinnejšie presadzovať naše oprávnené požiadavky voči partnerom (i protivníkom). Pracovať na zvyšovaní úrovne práce VL – odbornej aj organizačnej. V tom i kompetencie, nutnosť podávať kvalitný výkon, ktorý musí byť primerane ocenený. Pracovať na vytváraní zdravého sebavedomia a aktívnej podpory členskej základne pre svojich zástupcov v rokovaní s príslušnými partnermi (generáli bez vojska nie sú efektívni)."

MUDr. Ľudmila Resutíková,
Želovce, Veľký Krtíš (Banská Bystrica)

„V SSVPL by som rada bola nápomocná v riešení problémov: ako ďalej zvyšovať informovanosť o správnom vykazovaní výkonov nad rámec kapitácie medzi všeobecnými lekármi, pokračovať v edukácii kolegov na tému EKG, podporovať mladých všeobecných praktikov, rozvíjať vidiecke všeobecné lekárstvo. A motto v mojej práci? Mám rada frázu, všeobecný lekár nevie o niečom všetko, ale vie o všetkom niečo."

MUDr. Rastislav Zanovit,
Námestovo (Žilina)

„Profesor Mistrík na stážach počas školy hovoril, že tí, ktorí nevedia, čo chcú robiť, skončia ako díleri liekov alebo obvoďáci. Je dobré, že ‚obvoďák' už nie je v lekárskych kruhoch nadávka, a hoci sme na báze zdravotníckej pyramídy, možno príde aj čas, keď budeme na jej vrchole. Niektorí naši pacienti nás tam už majú. A pokiaľ si v našej práci budeme pripomínať slogan: KVALITA = Spokojnosť zákazníka, tak verím, že vrchol čoskoro dosiahneme."

Dozorná rada SSVPL

MUDr. Ľubomír Molčan, MSc.,
Veľký Šariš

MUDr. Ján Kaňuch,
Raslavice

MUDr. Radovan Antoš,
Bardejov

Prvú pomoc dáva rodič svojmu dieťaťu, keď ho učí, ako zdravo žiť...

„Tento výrok skúseného záchranára Viliama Dobiáša je mottom mojej každodennej práce," hovorí MUDr. Katarína Kováčová.

MUDr. Katarína Kováčová, nová predsedníčka Mladých praktikov pôsobí v ambulancii všeobecného lekára vo svojom rodisku v Šali, kde otvorili Centrum integrovanej starostlivosti, v meste, ktoré patrilo na západnom Slovensku v rámci aktualizácie minimálnej verejnej siete všeobecných lekárov a pediatrov Ministerstva zdravotníctva SR k čiernym okresom s nedostatkom všeobecných lekárov.

Aké boli po rokoch nemocničnej praxe v zahraničí jej začiatky v ambulantnej praxi, ako vníma všeobecné lekárstvo a postavenie praktických lekárov na Slovensku? Aké sú jej vízie ako predsedníčky Mladých praktikov?

Všeobecný praktik predstavuje
MUDr. Katarínu Kováčovú.

Prečo u vás padla voľba práve na lekárske povolanie?

Po absolvovaní rozhovoru s pedagogickým poradcom na základnej škole mi bolo odporučené zamerať sa skôr na ekonomický smer. Týmto osobným názorom pedagóga som bola sklamaná a v duchu som sa v tej dobe rozhodla neposlúchnuť a ísť svojou cestou. S podporou mojej rodiny som svoj cieľ nakoniec dosiahla. Štúdium pre mňa nebolo ľahkou cestou, ale dnes som veľmi rada, že som sa po nej vybrala. Je to krásne povolanie, som veľmi hrdá, že ho môžem robiť a neskutočne ma napĺňa.

Aké to majú v porovnaní s vašimi rokmi štúdia dnes študenti medicíny, a sú podľa vás už počas štúdia dostatočne motivovaní k tomu, aby si zvolili práve špecializáciu všeobecné lekárstvo?

Počas prvého semestra štúdia mi spolužiačka povedala, že chce byť všeobecnou lekárkou, doslova „obvoďáčkou“. Vtedy som jej nerozumela. Veď všetci sme chceli byť kardiológmi, chirurgami, Neurológmi. Donedávna to bolo tak, že špecializácia všeobecné lekárstvo bola málo propagovaná a nebola atraktívny odbor. Bolo to určite dané aj obmedzenými kompetenciami všeobecných lekárov, ktoré sa teraz neustále rozširujú a dúfam, že to pritiahne viac záujemcov pracovať v tejto špecializácii. A túto generáciu možno presvedčí aj fakt, že ambulancie praktických lekárov sú dnes ekonomicky samostatné jednotky, ktoré môžu byť pri dobre nastavenom manažmente veľmi úspešné. Podnikáme v slobodnom povolaní.

„Vždy ma bavila diagnostika, a práca v ambulancii všeobecného lekára ma v tomto smere neuveriteľne napĺňa. Máme rôzne vekové spektrum pacientov s množstvom rozličných diagnóz, a možnosť zistiť, v čom tkvie ich zdravotný problém, si naplno vychutnávam.“

Po ukončení štúdia medicíny v roku 2010 ste odišli pracovať do zahraničia. Prax v odboroch internej medicíny ste získali v rokoch 2010 – 2018 na Univerzitnej klinike RWTH Aachen v Nemecku.

Začínala som na nefrologickom oddelení a súčasťou výukového programu každého lekára je tam prejsť cirkuláciou po oddeleniach, rovnako ako je to na Slovensku. V rámci povinného curricula sme zbierali skúsenosti aj z iných oddelení – či to bol centrálny príjem, gastroenterológia, oddelenie intenzívnej starostlivosti, kardiologické oddelenie. Cieľom tohto prístupu je, aby mladí lekári získali čo najviac skúseností. Program cirkulácie bol presne stanovený a každý polrok sa menilo obsadenie. Kliniky boli úzko zamerané, špecializovali sa napríklad výlučne len na gastroenterologické či kardiologické ochorenia.

Na Slovensku je nedostatok lekárov nielen v odbore všeobecného lekárstva. Jedným z dôvodov tohto stavu je aj fakt, že absolventi medicíny vidia svoju ďalšiu budúcnosť práve v zahraničí.

Počas štúdia medicíny som sa zúčastnila výmenného programu Erasmus. Na jeden semester som si vyskúšala rozdiel v prístupe a atmosfére v nemocničnom prostredí u nás a v zahraničí. Už prvý deň som bola ohúrená prístupom lekárskych kapacít k študentom. Boli sme pre nich partneri, motivovali nás, učili nás, že nie sme vo vzájomnej konkurencii, ale kolegialite. Na Slovensku som cítila medzi študentmi skôr veľkú rivalitu. Aj v zahraničí bolo cítiť rivalitu, ale bola vyvážená priateľskými vzťahmi v kolektíve.

Dôvodom odchodu mladých zdravotníkov zo Slovenska teda nie je v prvom rade len lepšie finančné ohodnotenie?

Áno, ekonomický faktor stojí u väčšiny určite na prvom alebo druhom mieste. V čase môjho odchodu do zahraničia bol plat začínajúceho lekára cca 700 eur, a to išiel rovno do služieb a mal zodpovednosť. V Nemecku bolo ohodnotenie lekárov podľa platových tabuliek oveľa vyššie. Keď asi po roku môjho pobytu začali domáci lekári bojovať za zvýšenie platov, nerozumela som prečo, lebo ja som bola so svojím finančným ohodnotením spokojná, pretože som ho porovnávala s prostredím, z ktorého som prišla. Som veľmi rada, že sa aj na Slovensku podarilo presadiť zvýšenie platov lekárov. Zachránilo to našu krajinu pred ďalším odlevom zdravotníkov do zahraničia.

Prečo ste sa rozhodli napriek dobrým pracovným podmienkam vrátiť?

Toto je prvá otázka, na ktorú sa ma po návrate ľudia pýtajú. Úlohu zohrali viaceré dôvody. Po čase som zistila, že mi veľmi chýba môj rodný kraj, počas práce v zahraničí som zmeškala veľa pekných rodinných chvíľ a mala som pocit, že so získaným vzdelaním a skúsenosťami sa budem vedieť dobre uplatniť aj na Slovensku.

Dnes ste všeobecnou lekárkou. Ale po návrate zo zahraničia nebol odbor všeobecného lekárstva vašou prvou voľbou.

Po návrate na Slovensko som uvažovala o návrate do nemocničného prostredia. Chodila som na pohovory do nemocníc, zvažovala som prácu na dialýze. Mám dve malé deti, takže viac výhod som videla v ambulantnej praxi. Vôbec som však nevedela, akým systémom fungujú ambulancie. Zavolala som na Odbor zdravotníctva VÚC Nitra, kde zhodou okolností už dlhšie hľadali lekára do Centra integrovanej zdravotnej starostlivosti. A tu sa hviezdy spojili – pre mňa to bola vynikajúca príležitosť, ako začať v ambulantnej sfére, pre kraj príležitosť získať nového všeobecného lekára. Neprebrala som obvod po odchádzajúcom lekárovi, ambulancia začínala úplne od nuly a budujem si ju podľa vlastných predstáv. Druhú atestáciu v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých som získala v roku 2021 na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave. A pre mňa sa hviezdy spojili aj v tom, že som sa vo všeobecnom lekárstve úplne našla, môžem byť užitočná v regióne a popritom sa môžem naplno venovať mojej rodine.

Keby sme predsa len mali porovnať z vášho osobného pohľadu nemocničnú a ambulantnú prax?

V ambulancii, v porovnaní s praxou z nemocnice, vystupujem ako samostatný subjekt a za všetko zodpovedám sama. Za chod a prevádzku ambulancie, ale aj za všetkých pacientov. Kým v nemocnici je vždy kolega, ktorý poradí, primár, ktorý zodpovedá za chod oddelenia a preberá zodpovednosť za diagnostické a terapeutické kroky. Vyšetrovacie metódy sú rýchlo dostupné, do dvoch hodín sú k dispozícii laboratórne výsledky a podobne. V ambulancii musím zabezpečiť materiál, riešim komunikáciu s poisťovňami, vykazovanie, laboratórne výsledky mám s časovým oneskorením. To sú veci, ktoré zamestnanci nemocnice nemusia riešiť. My si nosíme prácu domov, na konci mesiaca nás čakajú uzávierky, vyúčtovania, výkazy, popritom sa vzdelávame, reagujeme na nové výzvy nadriadených orgánov. Napriek tomu sa nesťažujem, pretože táto práca je kreatívna a dáva mi veľkú slobodu.

Apríl 2022 – vaša ambulancia patrí na Slovensku rozhodne k najmladším. Ako by ste zhodnotili prvé mesiace jej fungovania?

Prvé dva mesiace boli kritické, pretože bol neskutočný nárast pacientov a veľké administratívne komplikácie. Dnes mám pacientov z 32 rôznych obvodov z rôznych kútov Slovenska, ktorí tu žijú už desiatky rokov. Iní lekári ich z dôvodu vysokej kapitácie, vysokého stavu pacientov, nemohli zobrať. Len za prvé tri mesiace sme získali 600 pacientov. Momentálne mám aj pri tomto počte pacientov plné ruky práce, pretože pandémia spôsobila, že máme čo doháňať.

Z hľadiska budovania ambulancie to bolo v porovnaní s mnohými začínajúcimi kolegami ľahšie v tom, že vďaka zriaďovateľovi už bola zariadená. Za jeden zo zásadných problémov pri vybavovaní licencie a potrebnej administratívy považujem to, že som sa nemala kam obrátiť po radu. Zo zahraničia som totiž zvyknutá, a nielen v administratíve, že na všetko existuje nejaký návod, metodiky, postupy, ktoré hovoria, že takýto je úzus a postup. U nás takto spísané pravidlá, ktoré lekárovi nielen uľahčia cestu, ale ho aj chránia v mnohých prípadoch, neexistujú.

Ako hodnotíte ponuku ministerstva zdravotníctva na dotáciu 60 000 eur na založenie novej ambulancie? Pomôže to zmeniť situáciu nepriaznivého stavu všeobecných lekárov na Slovensku?

„Všeobecný lekár musí mať neskutočný prehľad, znáša veľkú záťaž, má svoje vedomosti a skúsenosti a musí sa orientovať v celom spektre ochorení – od tých najjednoduchších, cez neurologické, gastroenterologické, kardiologické, kožné, internistické a iné. To je skutočne široký záber – klobúk dolu pred všeobecnými lekármi. A keď sa budeme ďalej vzdelávať, ukážeme, že na to máme a vyslúžime si zaslúžený rešpekt.“

Myslím si, že je to veľmi slušná a na úvod dostatočná suma, na ktorej sa dá určite zakladať nová ambulancia. Závisí to však pravdepodobne aj od regiónu. Neviem však presne vyčísliť časový horizont, v ktorom sa môže ambulancia dostať z červených čísel do čiernych. Je to individuálne, závisí to od dynamiky prijímania pacientov, od výkonov, marketingu a, samozrejme, aj od individuálnej snahy lekára. Skvelé však na tom je, že si to lekár môže vybudovať podľa vlastných predstáv, a vzhľadom na poddimenzovanosť lekárov na Slovensku sú dobré vyhliadky, že náklady sa vrátia v primerane dlhej dobe.

Po návrate na Slovensko ste sa stretli s možnosťou rezidentského štúdia. Existuje takáto možnosť aj v zahraničí?

Nedostatok lekárov je, samozrejme, všade, ale neuvedomovala som si kritickosť situácie na Slovensku. Prvým signálom po návrate zo zahraničia bol napríklad fakt, že s manželom nás ako pacientov odmietli štyria praktickí lekári, pretože už neprijímali nových pacientov. Ale to bolo ešte v období, keď som

neuvažovala nad tým, že sa stanem všeobecnou lekárkou. A o množstve vyčlenených prostriedkov od štátu na rezidentský program, aby doplnil primárnu sféru, som ani netušila. Oceňujem, že sa kompetentní snažia situáciu riešiť aj takýmto spôsobom.

„Mladým lekárom treba dodávať sebavedomie, ale zdravé a slušné sebavedomie zodpovedajúce nášmu stavu. Aby sa vedeli skromne, slušne a elegantne prezentovať."

Na poste všeobecného lekára pracujete krátko, napriek tomu už o vás počuť aj smerom k verejnosti, resp. smerom k vašim pacientom.

S magazínom Radar pracujeme v medicínskej rubrike s najrôznejšími témami týkajúcimi sa všeobecného lekárstva. Prvé články boli o hypertenzii a zvýšenom cholesterole, a momentálne uvažujeme, ktoré ďalšie témy sú pre verejnosť prínosné. Zúčastnila som sa tohtoročnej kampane Pozor na kliešťa, kde som v rozhovore pre televíziu a rozhlas poskytla informácie o kliešťovej encefalitíde. Myslím, že osveta lekárov smerom k svojim pacientom je nesmierne dôležitá, a aj v tomto smere zohráva všeobecný lekár zodpovednú úlohu. Všeobecní lekári môžu robiť zdravotnú výchovu aj mimo ambulancie formou rôznych výstupov v médiách. A v tomto potrebujeme vzory, tak ako ich doteraz máme v podobe verejných prezentácií doktora Makaru, doktora Lipovského alebo doktoriek Šimkovej či Bendovej. Aj keď je to pre mnohých kolegov možno práca navyše, cez prezentovanie faktov o zdraví prezentujeme pozitívne aj náš odbor. Aj toto je naše poslanie smerom k verejnosti. Dúfam, že sa v budúcnosti pripojí oveľa viac lekárov, možno aj z radov Mladých praktikov, a k tomu by som ich chcela, samozrejme, aj motivovať.

Pripravujete však aj odborné vzdelávacie materiály pre mladých kolegov. Napríklad Manažment antibiotickej liečby v ambulancii všeobecného lekára.

Na Slovensku pre náš segment chýbali v tomto smere jasné odporúčania a preskripčné zvyklosti v regiónoch neboli v zmysle zahraničných odporúčaní. Tak som sa ich pokúsila zosumarizovať do komplexnejšieho materiálu pre Mladých praktikov. V súčasnosti chýbajú v štandardoch ministerstva zdravotníctva všeobecno-lekárske usmernenia na empirickú liečbu najčastejších infekcií. V zahraničí sú dostupné zdroje, tak som sa inšpirovala guidelineami, usmerneniami a preskripčnými odporúčaniami podľa štúdií v zahraničí, a v súvislosti s epidemiologickou situáciou na Slovensku som navrhla tabuľky najnovších odporúčaní, ktorými sa môžeme riadiť.

Okrem práce v ambulancii je to práca navyše, ale ak to niekomu pomôže nielen v ambulancii, ale celé postavenie všeobecných lekárov posunie o kúsok ďalej, má to zmysel. Je dôležité mať tieto návody, aby sme boli lepšími lekármi. Keď všeobecní lekári ukážu, že vedia manažovať aj stavy z iných odborov, vzrastie podľa mňa aj rešpekt iných špecializácií k všeobecnému lekárstvu.

Všeobecný lekár sa nestará len o poškodené zdravie svojich pacientov, ale najmä o to, aby zostali čo najdlhšie zdraví. Ako dokáže v tomto smere vzdelávať svojich pacientov?

V nemocnici sa liečia ťažké stavy, infarkty, mnohokrát komplikácie chronických ochorení. Ešte nedávno som to považovala za kľúčové a významnejšie, ako sledovať hypertonikov či dyslipidemikov a rozprávať pacientom v ambulancii o komplikáciách ich ochorení a potrebe zmeny životného štýlu. Teraz som sa ocitla na opačnej strane reťazca, v ambulancii, kde tieto ochorenia aktívne vyhľadávam, snažím sa im predchádzať. Počas práce v nemocnici by som to nikdy nepovedala, ale dnes priznávam, že ma to neskutočne baví. Vidím v tom obrovský význam a svoje poslanie. Spomeniem krásnu myšlienku docenta Dobiáša, ktorý sa vyjadril – a teraz budem parafrázovať, že: „Ak k infarktovému stavu prichádza sanitka, to nie je prvá pomoc, to je posledná pomoc, ktorú pacient dostane. Prvú pomoc dáva rodič v detstve svojmu dieťaťu, keď ho učí, ako zdravo žiť." Skvelá myšlienka.

Zatiaľ čo v nemocnici som sa zúčastňovala práve na tejto „poslednej pomoci", v ambulancii dávam svojim pacientom „prvú pomoc" aj ja. Učím ich, ako správne a zdravo žiť, a ako zabrániť tomu, aby potrebovali práve v tom produktívnom veku sanitku, aby neutrpeli infarkt, aby predchádzali zdravým životným štýlom onkologickým ochoreniam a podobne. A to je na našej práci veľmi zmysluplné.

Na predsedníckom poste Mladých praktikov ste vystriedali MUDr. Petra Lipovského.

Doktor Peter Lipovský je skvelý vzor pre mladých praktikov, pretože dokáže ľudí motivovať. Škoda, že tak dobre naštartovaný rozlet spoločnosti Mladých praktikov zastavila načas pandémia. V prvom rade chcem zistiť, čo mladým praktikom chýba, čo by radi videli, počuli a akým aktivitám by sa radi venovali. A počas môjho pôsobenia v tejto funkcii chcem vytvoriť návody pre nás mladých praktikov, jasné, stručné, zrozumiteľné postupy, kde hľadať informácie. Svojich mladých kolegov by som rada viac motivovala aj k vyššej angažovanosti, komunikácii a k organizovaniu podujatí. Máme medzi sebou množstvo inteligentných, milých a motivovaných ľudí a myslím si, že ak sa spojíme, tak sa nám určite v najbližších rokoch podaria veľké veci. Teším sa na to, že sa vďaka spoločnému cieľu spojíme, aby sme ukázali, že máme na to, aby sme spoločnosť všeobecných lekárov posunuli vpred. Aby sme si zaslúžili aj akceptáciu a úctu kolegov špecialistov, verejnosti aj celej spoločnosti. Pretože tie nám právom patria.

Pred pár dňami ste sa vrátili zo stretnutia WONCA v Londýne.

K účasti na takýchto podujatiach by som veľmi rada motivovala aj kolegov z Mladých praktikov a myslím si, že spoločnosť SSVPL veľmi rada podporí takéto aktivity svojich členov, aby získavali skúsenosti, nosili na Slovensko nové informácie, a tým posúvali odbor všeobecného lekárstva stále viac dopredu.

O novej predsedníčke Mladých praktikov MUDr. Kataríne Kováčovej

MUDr. Katarína Kováčová (všeobecný lekár pre dospelých, nefrológ) ukončila štúdium medicíny v roku 2010 na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Prax v odboroch internej medicíny získala v rokoch 2010 – 2018 na Univerzitnej klinike RWTH Aachen v Nemecku. Venovala sa najmä diagnostike a liečbe vnútorných chorôb. Špecializovala sa na pacientov s kardiovaskulárnymi a obličkovými ochoreniami. Pacientov ošetrovala na špecializovanom oddelení, v tom čase jedinom svojho druhu v Nemecku, ktoré bolo zamerané na úzku spoluprácu kardiológov a nefrológov. Dva roky pracovala na kardiologickej jednotke intenzívnej starostlivosti, ďalej na oddelení gastroenterológie a na centrálnom príjme. V roku 2018 získala atestáciu v odbore nefrológia (Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf, Nemecko).

Po návrate na Slovensko získala v roku 2021 druhú atestáciu na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých. Svoj záujem venuje ambulantnému sektoru a rozvoju všeobecného lekárstva v regióne Šaľa. Je členkou Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva – Mladí praktici.

MUDr. Kováčová v apríli otvorila novú všeobecnú ambulanciu pre dospelých MediElic, s. r. o., v Šali v CIZS (Centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti).

Každá záľuba prináša rovnováhu...

alebo

Tenisky vždy poruke...

O čom hovorím, keď hovorím o behaní – kniha esejí svetoznámeho Haruki Murakamiho je nezvyčajným súborom esejí o behaní na dlhé trate, ale aj spisovateľovým denníkom každodennej štvormesačnej prípravy na Newyorský maratón. Behá už dvadsaťpäť rokov, každý deň desať kilometrov. V knihe hovorí nielen o radostiach behu, ale aj o fyzickej a psychickej bolesti či o starnutí. O čom hovorí všeobecná lekárka pre dospelých MUDr., Mgr. Silvia Masaryková, keď hovorí o behaní?

„Beh je pre mňa utriedenie si myšlienok. Niekedy si už dopredu naplánujem, o čom budem premýšľať, čo si pri behu premyslím, ale s pribúdajúcimi kilometrami sa myšlienky postupne vytratia a idem ďalej s čistou hlavou. Najmä ak je beh dlhý, sústredíte sa už len na rytmus vlastného pohybu a dychu. A to je oslobodzujúce."

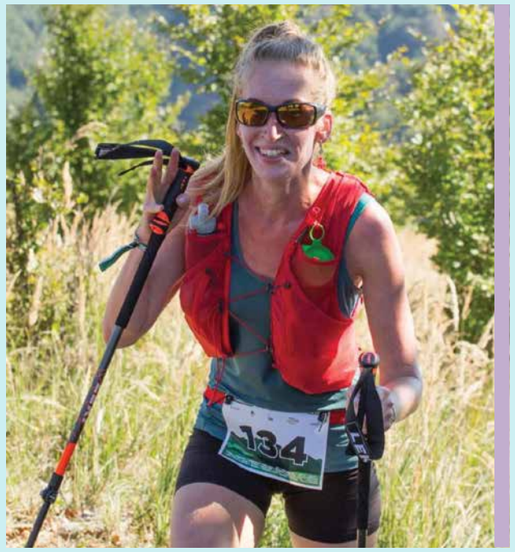
Doktorka Masaryková má tenisky vždy pripravené poruke. „Samozrejme, každý deň si človek popri práci a rodine nenájde čas, ale snažím sa behávať 3 – 4-krát týždenne. Cez víkend si doprajem dlhý beh 2 – 2,5 hodiny a cez týždeň asi hodinové behy – buď ráno pred prácou, alebo využijem čas, keď sú deti na tréningu. Po rovine dám za hodinu asi desať kilometrov, v kopcoch to závisí od prevýšenia. Najradšej však behám v Malých Karpatoch, kde je prostredie na relax aj pri behu úžasné."

Najskôr o práci...

Prečo ste rada všeobecnou lekárkou?
„Lebo mám pocit, že môžem ovplyvniť zdravie v spoločnosti."

Ak niektoré malé dievčatá snívajú o povolaní lekárky, u MUDr. Silvie Masarykovej to bolo inak. „Moja babka bola pediatrička. Boli sme tri sestry a jej prianím bolo, aby sa jedna z nás stala lekárkou. Nakoniec som jej sen splnila ja," začína náš rozhovor Silvia Masaryková v ambulancii VLD v Poliklinike na Strečianskej ulici v Bratislave. Napriek tomu, že je piatok, po pracovnom čase vyzerá sviežo a plná energie.

Doktorka Silvia Masaryková skončila Lekársku fakultu UK v Bratislave v roku 2008. Zaujímavosťou



však je, že paralelne so štúdiom medicíny študovala aj masmediálnu komunikáciu. „Vždy som mala veľa záujmov. V časoch, keď som maturovala, nebolo ľahké dostať sa na medicínu. Ako alternatívu som si dala prihlášku aj na masmediálnu komunikáciu. Prijali ma na obe školy, lekárska fakulta dostala prednosť, ale po čase som sa vrátila aj k štúdiu masmediálnej komunikácie, pretože mi bolo ľúto zahodiť príležitosť študovať aj tento odbor." Poznatky z tohto štúdia jej pomáhajú v práci lepšie komunikovať s pacientmi, za dôležitú však považuje aj schopnosť lekárov vedieť jasne a zreteľne vyjadrovať svoje názory smerom k verejnosti.

Po ukončení štúdia začala pracovať v špecializácii urgentná medicína na záchranke. Ďalej ju profesijná cesta viedla do klinického výskumu liekov a počas materskej dovolenky začala spolupracovať s ambulantnou pohotovostnou službou LSPP, kde sa zoznámila so všeobecnými lekármi, po materskej dovolenke nastúpila do rezidentského programu, a odvtedy pracuje ako všeobecný lekár. „Už pri riešení akútnych stavov na urgentnej medicíne som si uvedomovala, že ak by sa riešili začiatky zdravotných komplikácií pacienta skôr, nemuselo by to veľakrát prejsť až do života ohrozujúcich situácií. Na všeobecnom lekárstve ma zaujalo to, že rieši nielen chorých pacientov, ale dôležitá je aj preventívna starostlivosť, ktorej by som sa chcela najmä venovať."

V tomto smere treba podľa nej v ambulanciách všeobecných lekárov robiť stále veľkú osvetu. Aj keď majú dnes najmä mladší pacienti väčšiu motiváciu urobiť niečo pre svoje zdravie, stále prevládajú tí, ktorí chcú vzniknuté zdravotné problémy riešiť liekmi, ale na svojom životnom štýle nechcú nič meniť.

„Je pohodlnejšie dať si liek a nemusieť robiť nič iné. Meniť životný štýl je niekedy náročné aj z časového hľadiska, ale najťažšie je vyjsť zo zaužívanej komfortnej zóny. Našou úlohou je upozorňovať pacientov, prečo by to mali robiť a aké benefity týmito zmenami získajú. Každému hovorím, aby dodržiaval taký životný štýl, aby sa nemusel dostať do nemocnice."

Možnosť urobiť si atestáciu zo všeobecného lekárstva za tri roky bola pre doktorku Masarykovú veľmi motivujúca. „Predtým to bolo veľmi komplikované. Cirkulácie sa robili v nemocnici, odkiaľ potom nechceli pustiť lekárov pracovať do ambulantnej sféry. Lekári boli zaviazaní „odrobiť" niečo v nemocnici. Pri rezidentskom programe VLD končia lekári v ambulantnej sfére. Práca v nej je však iná ako v nemocnici. V ambulancii je lekár sám, a sám sa musí rozhodnúť."

... potom o behaní...

„Beh nemusí baviť každého, ale každý by si mal nájsť niečo pre svoju životnú rovnováhu. Šport, umenie, prírodu...

Hovorí sa, že najlepším učiteľom je príklad, a keby pacienti poznali doktorku Silviu Masarykovú aj ako aktívnu športovkyňu, určite by bola pre nich inšpirujúcim vzorom. Vo voľnom čase sa totiž naplno venuje behu. „Už v začiatkoch to nebolo len o pohybe, ale najmä o psychohygiene. Prostriedok na kompenzáciu náročnej práce v ambulancii. Vždy som po troškách behávala, už keď som sa učila na maturitu, ale psychohygienu som potrebovala aj počas materskej dovolenky. Intenzívnejšie som začala behať asi pred 6 rokmi." Spolu s manželom, ktorý je tiež aktívny športovec, sa prihlásila na prvé preteky a ich úspešné absolvovanie bolo štartom k pravidelnosti a k zvyšovaniu denných dávok behu. „Tak ma to dostalo."

Bežala niekoľko ročníkov Medzinárodného maratónu mieru v Košiciach, Bratislavský maratón, ale pred mestskými pretekmi skôr uprednostňuje traily, zväčša 50-kilometrové. „V kopcoch sa mení tempo, človek nebeží stále rovnako, je tam menej ľudí, a tento spôsob behu je pre mňa priateľskejší, intímnejší a relaxujúcejší." Jej najlepšie umiestnenie v pretekoch doteraz bolo piate miesto v kategórii na tohtoročnom horskom behu Kamzík-Baba-Kamzík, 52 km ultratraily. „Tým, že sa nezameriavam na tréning rýchlosti, skôr to robím kvôli psychohygiene, nie je pre mňa umiestnenie také dôležité, skôr dobrý pocit, že som to zvládla."

Záľuba v behaní si podľa nej vyžaduje nielen sebadisciplínu, ale najmä dobrú organizáciu manažmentu dňa. „Nemám čas a som unavený" sú totiž najčastejšie výhovorky na to, aby sme nevenovali čas tomu, čo nás baví, alebo aby sme robili to, čo je prospešné pre naše zdravie. „Preto je niekedy lepšie, najmä u ľudí, ktorí nemajú problém s ranným vstávaním, odbehnúť si ráno. To nás naštartuje do celého dňa. Vďaka pohybu ste potom v práci pozitívnejšie naladení, optimistickejší, a to sa prenáša aj na prístup k pacientom. No neplatí to len v zdravotníctve, je to dobrý štart do dňa aj v iných zamestnaniach."

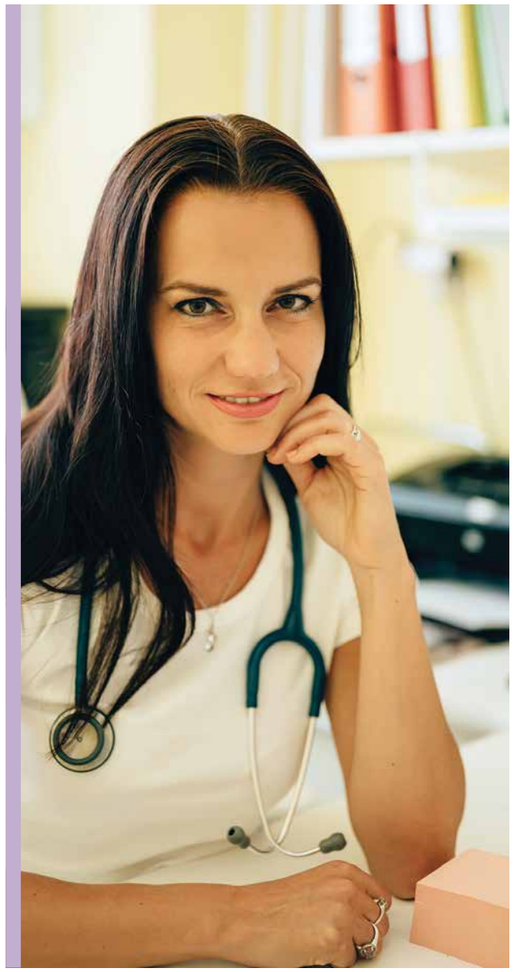
Pri plánovaní pohybu, a nemusí to byť hneď behanie, je podľa doktorky Masarykovej dôležité nájsť si čas a vytvoriť si pravidelný návyk. „Aj keď človek nemá vytvorené ideálne podmienky, mal by byť kreatívny. Ja napríklad nosím tenisky v kufri auta a využívam okolie na behanie v čase, keď majú deti tréning a ja na ne čakám. Treba využívať každú príležitosť. A keď sa na začiatku niekoľkokrát premôžeme, aj keď sa nám nechce, vytvoríme si návyk a neskôr už automaticky počítame s tým, že ideme behať."

„Deti trénujú atletiku a venujú sa jej aj súťažne za svoj klub Run For Fun, teda behaj pre zábavu." Ak sme spomínali, že príklad je najlepšie učenie, Masarykovci k pohybovým aktivitám vedú aj svoje deti. Podľa ich mamy to platí aj v rodinách pacientov. So športom sa spája aj zdravší životný štýl, a tam, kde športujú rodičia, vyrastá snáď generácia zodpovednejšia k svojmu zdraviu. „Rodičia by mali od detstva viesť deti k vytváraniu správnych pohybových návykov. A najlepšie vlastným príkladom a spôsobom života, nielen vozením detí na krúžky."

Sú to lekári, ktorí odporúčajú svojim pacientom vyváženosť pracovného a osobného života. Doktorka Masaryková upozorňuje však aj na to, že samotní kolegovia sa často neriadia vlastnými odporúčaniami. „Vidia len prácu, starosti a stres. Naša práca je náročná, často si ju nosíme domov, musíme sa flexibilne prispôsobovať novým podmienkam, odporúčaniam. A vyhorenie zdravotníckych pracovníkov aj vďaka posledným náročným rokom je veľké. Keď má človek niečo, na čo sa môže tešiť – pohyb, umenie, tanec, tvorbu – má nielen najlepšiu prevenciu proti vyhoreniu, ale aj väčšiu radosť zo života."

O čom hovorím, keď hovorím o behaní? Dnes si doktorka Masaryková nevie svoj život bez behania predstaviť. „Priznávam, že už je to možno taká forma závislosti. Ale beh mi dáva rovnováhu a slobodu."

[1] Existujú rezidentské programy aj pre iné špecializácie – ortopédi atď., a tí zostávajú pracovať v nemocnici



Aby pacienti nemuseli čakať a aby im všeobecní lekári mohli čo najskôr pomôcť!

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

„V ambulanciách bolo cez leto veľmi horúco... Pacienti prichádzali, komunikovali mailom, telefonicky, a aj náš personál si potrebuje nielen z administratívnych, ale aj ľudských dôvodov vybrať dovolenku... Predstavte si ikonografiku multitaskingu – keď lekár zároveň vyšetruje pacienta, telefonuje, odpovedá na maily, vybavuje úradné záležitosti, ale zároveň si študuje najnovšie nariadenia a na dvere klopú ďalší pacienti – tak to sme boli my cez leto," hodnotí uplynulé letené obdobie v ambulanciách všeobecných lekárov MUDr. Adriana Šimková, PhD. „Horúco bolo nielen vonku, ale aj v ambulanciách všeobecných lekárov, pretože cez leto prišla ďalšia covidová vlna pacientov. V porovnaní s bežnými dovolenkovými sezónami pacientov ambulancií všeobecných lekárov bolo toto leto ešte stále iné. Ochorenie má ľahší priebeh, ale starších pacientov stále vyzývame, aby si dávali pozor, pretože toto ochorenie netreba nikdy podceňovať."

Slovensko však v rámci všeobecného lekárstva v súčasnosti trápia oveľa väčšie problémy. V niektorých regiónoch majú pacienti vôbec problém dostať sa k všeobecnému lekárovi a všeobecní lekári majú problém postarať sa o pacientov. Aj preto ministerstvo zdravotníctva pristúpilo k reforme ambulantnej starostlivosti. Nielen o tejto reforme sa Všeobecný praktik zhovára s hlavnou odborníčkou ministerstva pre všeobecné lekárstvo MUDr. Adrianou Šimkovou, PhD.

Podľa štatistík máme na Slovensku momentálne asi 2 400 všeobecných lekárov, okolo 1 900 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Najmladší lekár má 29 rokov, najstarší 95 rokov a 41 percent lekárov – približne 980 lekárov, je v dôchodkovom veku, teda vo veku nad 63 rokov. Stav teda asi vôbec nie je dobrý.

Odhaduje sa, že celkovo už teraz nám v systéme chýba asi 310 všeobecných praktických lekárov pre dospelých. Problémom je aj to, že ich počet v regiónoch je veľmi nerovnomerne rozložený. Poukazuje na to aj mapa všeobecných ambulancií, ktorú aktuálne vypracovalo ministerstvo zdravotníctva v rámci reformy systému ambulantnej všeobecnej starostlivosti nielen pre dospelých ľudí, ale aj pre deti a dorast. Reforma má tri kroky a dnes už existujúca mapa je prvým krokom. Stále sme totiž poukazovali na to, že máme všeobecných lekárov málo, ale nevedeli sme, ako málo ich máme, a kde ich máme málo. Dnes už máme relevantné údaje z celého Slovenska o počte ambulancií až na úrovni okresov. Teraz máme teda vyhodnotenie stavu verejnej minimálnej siete, klasifikáciu okresov, ako aj zoznam okresov a obcí v rámci všeobecného lekárstva.

„Do reformy ambulantnej sféry sú zapojené stavovské organizácie, vyššie územné celky, zdravotné poisťovne, hlavní odborníci ministerstva zdravotníctva, aj odborné spoločnosti. Takže komunikácia je transparentná a snažíme sa ju z toho, čo vieme, pripraviť čo najzodpovednejšie."

Druhá fáza reformy sa týka kompetencií všeobecných lekárov a úhradového mechanizmu s cieľom finančnej stabilizácie segmentu, a tretia fáza rieši kompetencie sestier a odbremenenia od administratívnej záťaže. Prvá fáza je ukončená a máme reálne výsledky. Kritériá, podľa ktorých bola dnes existujúca mapa siete všeobecných lekárov vyhodnocovaná, boli tri. Jednou bola dostupnosť všeobecného lekárstva, ktorá je na Slovensku definovaná kritériom, že každý obyvateľ by sa mal dostať k všeobecnému lekárovi v čase do 25 minút. Tento parameter bol splnený. Druhým parametrom bola demografia všeobecných lekárov. Tu máme údaj o tom, že 41 % všeobecných lekárov je

v dôchodkovom veku, a ak je v danom okrese viac lekárov v tomto veku ako lekárov v produktívnom veku, ide o rizikový okres, pretože lekári môžu z prirodzených dôvodov ukončiť činnosť ambulancie zo dňa na deň. Tretím kritériom je kapacitná priepustnosť, tzn. že do daného okresu potrebujeme napríklad na základe migrácie obyvateľstva oveľa viac lekárskych miest. Na základe týchto kritérií sa všetko vyhodnocuje a ku každému okresu sa prideľujú body – od najlepšieho zabezpečenia až po najhoršie zabezpečený okres. Situácia je totiž už dnes dramatická a musíme niečo robiť. Reforma zdravotnej starostlivosti je vyhliadkový dokument do roku 2030, ktorý je potrebný preto, lebo štatistiky hovoria, že počet polymorbídnych ľudí s viacerými chronickými diagnózami, ktorých máme dnes na Slovensku 1,7 milióna – údaj je z roku 2017 – bude ďalej rásť. Odhaduje sa, že v roku 2030 ich budeme mať o 30 % viac, pretože populácia nám starne, a preto aj tlak na ambulantnú zdravotnú starostlivosť bude väčší.

Čo hovorí dnešná mapa siete všeobecných praktických lekárov pre dospelých?

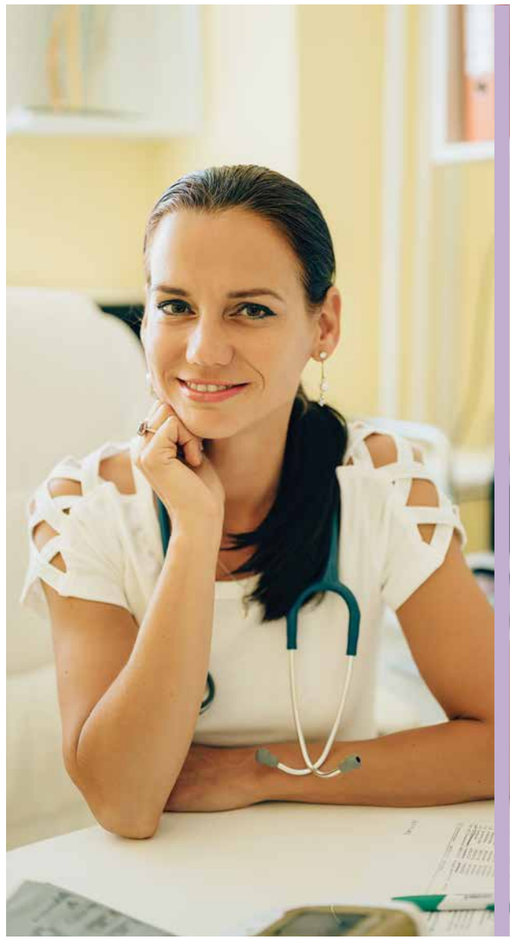
Zelená farba znamená zabezpečený okres. V roku 2022 máme zabezpečených dostatočnou sieťou praktických lekárov len 6 okresov! Máme až 45 okresov, ktoré sú nedostatočne zabezpečené, tie sú označené červenou farbou, a v čiernej farbe sú okresy, v ktorých je kritická situácia. A v porovnaní s rokom 2020 nám na mape Slovenska pribúda červená a čierna farba. A čo chce teraz ministerstvo zdravotníctva spraviť? Už moja generácia lekárov začínala ako podnikatelia, a ako právnický subjekt potrebujeme určitý objem financií na fungovanie ambulancie. Teraz môže dostať lekár pôžičku z banky, ale ministerstvo zdravotníctva umožňuje novovzniknutým ambulanciám v červených a čiernych regiónoch čerpať finančné prostriedky, ktoré nemusia byť vrátené. Čiže všeobecný lekár má možnosť využiť na rozbeh ambulancie finančný balík od ministerstva v hodnote 60-tisíc eur, pričom však musí spĺňať presne stanovené kritériá, a musí kapitovať poistencov tak, aby mohol čerpať tieto finančné zdroje. Finančné zdroje sú rozdelené kvartálne, teda štyrikrát do roka musí nový poskytovateľ dávať ministerstvu zdravotníctva informácie, koľko má kapitovaných poistencov. Lekár musí v rizikových okresoch podľa ministerstva spĺňať aj podmienky, že musí prax vykonávať minimálne 5 rokov, poskytovať zdravotnú starostlivosť 5 dní týždenne, z toho jeden deň do 17-tej hodiny a jednu štvrtinu hodín musí mať vyčlenenú na bezplatné objednávanie pacientov, buď elektronicky, alebo mailom na vyšetrenie. Čiže financie neprídu poskytovateľovi len tak. Ale ide o prvý krok ministerstva zdravotníctva, aby lekári dostali nenávratnú finančnú pôžičku, ktorá tu doposiaľ nebola.

Reforma by teda mala pritiahnuť aj nových všeobecných lekárov?

Áno. To sú skončení študenti alebo lekári, ktorí sa napríklad zaradia do rezidentského programu pre všeobecné lekárstvo, aby sme mali nových lekárov. Alebo potrebujeme aj lekárov, ktorí sa reprofilujú z danej odbornosti, napríklad internistu, geriatra, lekára intenzívnej medicíny na všeobecné lekárstvo. Aj tu máme zdroje na to, aby sme vedeli získať nových všeobecných lekárov.

Čo však môže po štúdiu medicíny pritiahnuť do radov všeobecného lekárstva mladých absolventov odboru?

Všeobecné lekárstvo je atraktívny odbor s veľkým potenciálom, pretože už vôbec neplatí to, čo v minulosti, že je len „vypisovačom“ lístkov k špecialistovi.



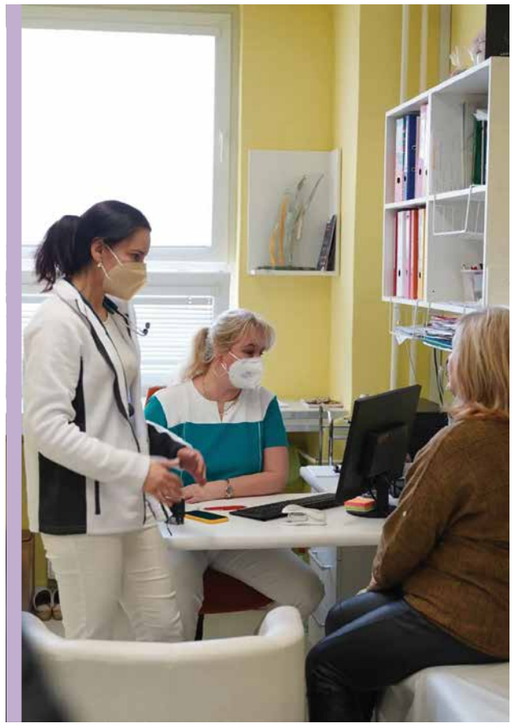
Všeobecní lekári dnes majú kompetencie, ktoré ich oprávňujú robiť predoperačné vyšetrenia, starať sa o pacienta s vysokým krvným tlakom, s poruchou metabolizmu, cholesterolu alebo aj prediabetom. Musíme pritiahnuť lekárov, aby mohli robiť viac, pretože pre nikoho nie je atraktívne, aby sedel v ambulancii a riešil len administratívu týkajúcu sa pacienta či ambulancie. Potrebujeme teda zvyšovať kompetencie lekárov, robiť štandardné diagnostické a terapeutické postupy, aby sme vedeli, ako máme, samozrejme, vždy s ohľadom na konkrétneho pacienta, postupovať. Toto sú nové možnosti, ktoré robia dnes prácu v ambulanciách všeobecných lekárov atraktívnejšou.

Oceňujem aj snahu vyšších územných celkov, že sa snažia rôznymi výhodami vytvoriť dobré podmienky pre vznik a prácu ambulancií VLD, ale aj lekárov iných špecializácií. Toto by však malo byť aj prioritným cieľom zdravotných poisťovní, pretože každý obyvateľ Slovenska odvádza do zdravotných poisťovní odvody, a preto by mal mať zabezpečené to, čo si v rámci zdravotnej starostlivosti platí. Je dôležité, aby sme mali na Slovensku dostatočne a kvalitne pokrytú sieť primárnej sféry, pretože ak bude zlyhávať táto časť systému zdravotnej starostlivosti, tak cesta pacienta ďalej k špecialistovi bude komplikovaná, až nemožná. Takže hľadáme všemožné zdroje na podporu existujúcich, ale aj vznik nových ambulancií všeobecných praktických lekárov.

Ako dnes funguje rezidentský program?

Rezidentský program trvá tri roky, lekár je v nemocnici. Dva a pol roka chodí, cirkuluje, ORL odbor, interné oddelenie, až posledných 6 mesiacov sa dostane do ambulancie všeobecného lekárstva a vidí, aká je realita, a niekedy je naozaj tvrdá. Aj preto si myslím, že by sme mali trochu upraviť vzdelávanie lekárov, pretože lekár, ktorý si chce otvoriť ambulanciu, musí vedieť, ako funguje ambulancia v rámci vykazovania, administratívnych činností a celého jej manažmentu. Nikto to nikoho nenaučí, čo je veľký defekt vo vzdelávaní všeobecných lekárov. Nová reforma je nastavená aj tak, aby aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti bol motivovaný, jednak za výkon, ale aj za výsledky.

Všeobecný lekár by mal teda manažovať pacientov s hypertenziou, robiť predoperačné výkony, dislipidémie, čím chcú zdravotné poisťovne finančnou zložkou motivovať lekárov, aby si mohli v ambulancii zamestnať iný zdravotný personál. Je to jeden kolos, ktorý musíme postupne skladať. Keď takto lekár pracuje, šetrí peniaze v systéme, pretože neodosiela pacientov do systému špecializovanej zdravotnej



Čo hovoria fakty?

Už v roku 2019 sme mali 1,7 milióna polymorbidných pacientov, očakávaný je 30-percentný nárast obyvateľov nad 70 rokov medzi rokmi 2022 a 2030. Už teraz sa mení profil a náročnosť pacienta. Ak by neprišli noví všeobecní lekári a nezvýši sa produktivita terajších ambulancií, tak kapacitná priepustnosť pre VLD/VLDD zo súčasných 84 % pre VLD a 83 % pre VLDD poklesne v roku 2025 na 58 %.

Všeobecný lekár ako lekár prvého kontaktu v krajinách so silnou primárnou starostlivosťou dokáže úspešne plniť úlohy „gatekeepera“ na úrovni 90 %, čo znamená, že iba na 10 % všetkých návštev u všeobecného lekára nadväzuje jeho odporúčanie na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti.

Ambíciou novej koncepcie Ministerstva zdravotníctva SR, ako výhľadového dokumentu do roku 2030, má byť najmä posilnenie kompetenčného statusu všeobecného lekára a definovanie nových finančných stimulov pre všeobecných lekárov.

starostlivosti, zároveň svoju prácu k spokojnosti pacienta vykonáva odborne a pacient je manažovaný rovnako odborne ako v systéme špecializovanej odbornej starostlivosti. Toto sú princípy, ktoré by sme si mali osvojiť ako všeobecní lekári aj v oblasti vzdelávania, vzdelávania zdravotných sestier, v uvažovaní o zmenách manažmentu ambulancií. Všetko sa teraz mení a praktickí lekári by mali byť v prispôsobovaní sa novým podmienkam dynamickí a flexibilní. Pomáha to nielen pacientom, ale najmä celkovému fungovaniu ambulancií praktického lekára. Verím tomu, že starší lekári s tým majú problém, ale snažíme sa im ukázať, že sú pre nás školou a dobrými učiteľmi aj vzácnymi kolegami, a budeme sa im usilovať pomáhať, kde sa dá.

O aké iné kompetencie sa v blízkej budúcnosti usilujú všeobecní lekári?

V pláne sú kompetencie v starostlivosti o pacientov s ischemickou chorobou srdca, s diabetom, s poruchami štítnej žľazy, Alzheimerovou chorobou, depresiou. Ale toto sú výhľadové dokumenty, ktorým musia predchádzať štandardné diagnostické a terapeutické postupy. Začiatky depresívnych stavov môžeme napríklad riešiť už teraz v ambulancii všeobecného lekára. Počet pacientov s depresiou stúpa, a ako všeobecný lekár dokážem indikovanému pacientovi predpísať antidepresíva a nemusí chodiť na kontrolu k psychiatrovi. Ak vezmeme do úvahy, že antidepresíva začínajú účinkovať až o tri týždne, kým by sa pacient objednal k svojmu špecialistovi o dva-tri mesiace, dokážeme ho zmanažovať v ambulancii všeobecného lekára oveľa skôr. Aj tu sa ukazuje opodstatnenosť primárnej sféry. To je zmysel – aby pacienti nemuseli čakať a aby ich všeobecní lekári mohli hneď liečiť!

V tejto súvislosti sú problémom v ambulanciách všeobecných lekárov aj preskripčné obmedzenia.

Počas krízovej situácie sa pri predpisovaní liekov neuplatňovali preskripčné ani indikačné obmedzenia. Všeobecní lekári pre dospelých však dlhodobo požadujú zrušenie preskripčných obmedzení pre vybrané skupiny liekov. Môj názor je ten, že zrušenie týchto obmedzení umožní všeobecným lekárom manažment chronických pacientov, samozrejme, v súlade s aktuálne platnými štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi. Ak by sa uvoľnili niektoré skupiny liekov, bolo by to len a len v prospech lekára aj pacienta. Aj preto som vo februári tohto roka v spolupráci s odbornými spoločnosťami podala podnet na zrušenie preskripčných opatrení pre hipolipidemiká, inhalačné kortikoidy a indikačné obmedzenie pre orálne antikoagulanciá. Môj podnet kategorizačná komisia ministerstva zdravotníctva pre lieky väčšinovým hlasovaním schválila. Keďže tento proces presahuje aj do poskytovania zdravotnej starostlivosti lekárov – špecialistov, ministerstvo zvažuje, ako procesne pripraviť podklady na ďalšie konanie. Podstatné však je, že procesy pokračujú a že uvoľňovanie preskripčných a indikačných opatrení pre všeobecných lekárov je aj súčasťou programového vyhlásenia vlády na obdobie 2021 – 2024, čo verím, že je zaväzujúce. Ministerstvo zdravotníctva stále deklaruje pozitívny postoj k postupnému uvoľňovaniu vybraných skupín liekov pre praktických lekárov, a podľa môjho názoru aj tento krok – nové a rozšírené kompetencie všeobecných lekárov – vedie k vyššej akceptácii a uznaniu nášho odboru, ako odbornou, tak i laickou verejnosťou.

V rámci primárnej sféry kladiete ako hlavná odborníčka dôraz na tzv. dovzdelávanie.

To je dôležité, pretože všeobecný lekár je špecialista v danom odbore. Treba si uvedomiť, že všeobecný lekár musí mať najširšie portfólio medicínskych vedomostí, aby robil správnu diferenciálnu diagnostiku, a aby správne viedol pacienta cestou zdravotného systému. Na toto však musíme pripravovať aj pacientov, aby vedeli, že keď prídu k svojmu všeobecnému lekárovi, tak prichádzajú k špecialistovi, ktorý im vie najviac pomôcť. Ak začíname reformovať zdravotníctvo, musí sa reformovať aj pacient.

Gratulujeme, pani doktorka Blahová

Členka výboru SSVPL MUDr. Beáta Blahová obhájila doktorandskú prácu na tému Skríning kolorektálneho karcinómu v ambulancii všeobecného lekára a získala titul PhD. Rozšírila tak rady všeobecných lekárov s týmto vedeckým titulom. Kolorektálny karcinóm je jedno z najčastejších nádorových ochorení v ekonomicky rozvinutých krajinách. Slovensko patrí ku krajinám s najväčším výskytom ochorenia na svete. Na túto diagnózu zomiera približne tretina diagnostikovaných pacientov. Vďaka včasnej diagnostike môže byť liečba nasadená v štádiu, keď je ochorenie ešte dobre liečiteľné. Tým sa výrazne zlepší prognóza pacientov a klesá riziko úmrtia. Ide o preventabilné ochorenie, tzn. že existujú účinné preventívne spôsoby, ako mu predchádzať a zmierňovať jeho dôsledky. „Skríning kolorektálneho karcinómu je moja srdcová záležitosť a svojimi aktivitami sa usilujem zvýšiť účasť ľudí na ňom," hovorí MUDr. Beáta Blahová, PhD., z Ambulancie všeobecného a praktického lekára pre dospelých Krompachy.

Doterajšie aktivity Beáty Blahovej v SSVPL

V roku 2013 sa podieľala na organizácii WONCA konferencie v Prahe a opäť v r. 2019 v Bratislave ako členka organizačného výboru. Aktívne reprezentuje SSVPL na výročných konferenciách na Slovensku aj na medzinárodných konferenciách WONCA (World Organization of Family Doctors) a EURIPA (The European Rural and Isolated Practitioners Association), kde v roku 2017 získala cenu za najlepšiu orálnu prezentáciu, v r. 2020 bol jej poster zaradený medzi päť najlepších posterov konferencie. Prispievala do časopisov Via practica, Zdravie, Teória a prax a Farmaceutický laborant. MUDr. Beáta Blahová, PhD., od roku 2015 pracuje v rámci SSVPL na kampani Zavolaj svojho chlapa, na podporu preventívnych prehliadok u mužov aj u žien. Od roku 2017 aj v spolupráci s občianskym združením Slovenský pacient. Je členkou Asociácie európskych vidieckych praktikov EURIPA, s ktorou aktívne spolupracuje.

Najdôležitejšie okruhy problémov, ktoré považuje v rámci všeobecného lekárstva za potrebné riešiť:

- zlepšenie ohodnotenia všeobecných lekárov,
- zvýšenie povedomia všeobecných lekárov a zlepšenie kreditu a pozitívneho obrazu všeobecných lekárov medzi pacientmi, ale aj v kruhoch špecialistov,
- zlepšenie možností vzdelávania sa všeobecných lekárov,
- informovanie a pomoc s realizáciou výmenných pobytov a stáží v zahraničí,
- špecifikovať a riešiť problémy lekárov v meste aj na vidieku.

VZDELANIE

- V r. 2022 obhajoba doktorandskej práce, získanie titulu PhD.
- Od r. 2017 – 2022 doktorandské štúdium – na Slovenskej zdravotníckej univerzite, Fakulta verejného zdravotníctva
- Kurzy akupunktúry na katedre akupunktúry od r. 2013 na SZU
- V roku 2011 absolvovala mesačnú stáž na Katedre všeobecného lekárstva a verejného zdravotníctva na Lekárskej fakulte Viedenskej univerzity
- V roku 2008 atestácia zo všeobecného lekárstva 2. stupeň – Slovenská zdravotnícka univerzita
- V roku 2006 postupová skúška – spoločný internistický kmeň – Slovenská zdravotnícka univerzita
- V r. 2003 atestácia zo všeobecného lekárstva 1. stupeň – Slovenská zdravotnícka univerzita

PROFESIONÁLNE SKÚSENOSTI

- Od r. 2006 pracuje ako všeobecný lekár v ambulancii pre dospelých v Krompachoch
- Od r. 2004 – 2006 pracovala ako sekundárny lekár na oddelení hematológie v nemocnici J. A. Reimana v Prešove
- Od r. 2000 pracovala v nemocnici J. A. Reimana ako sekundárny lekár zaradená do predatestačnej prípravy všeobecného lekára pre dospelých

Mladí praktici SSVPL vyhlasujú

SÚŤAŽ KAZUISTÍK

Súťaž o vstup na 28. Európsku konferenciu WONCA, ktorá sa bude konať v dňoch 7. – 10. 6. 2023 v Bruseli.

Viac informácií na: www.ssvpl.sk/sutaz-kazuistik
Kazuistiky posielajte na adresu: kovacova@ssvpl.sk
Deadline: 12.10.2022