

# MEDIKUM



**+** ZBORNÍK  
PREVENTÍVNA  
MEDICÍNA



Nové detské kardiocentrum v Bratislave

## Priláka mladých lekárov?

20

### Aj slovo lieči

Správna komunikácia sa dá naučiť

6

### Zvyšovanie kvalifikácie

Legislatívne pravidlá, povinnosti aj úskalia

17

### Dom lekárov

Česi finišujú s rekonštrukciou svojho nového sídla

32

### Budeme mať zdravotnícke NATO?

Nemecko ako predsednícka krajina EÚ

40





# Niečo na tej vode je

Jedna fľaša Gemerky denne pomôže doplniť potrebné minerály magnézium a kalcium do vášho organizmu. Vďaka optimálnemu pomeru magnézia a kalcia 1:3 získa váš organizmus to najlepšie z účinkov oboch týchto minerálov.

Odporúča



Zdravie a rovnováha  
[www.gemerka.sk](http://www.gemerka.sk)





Oficiálny časopis  
Slovenskej lekárskej komory  
Číslo 6/2020, X. ročník

Periodicita vydávania:  
8-krát ročne

Dátum vydania:  
september 2020

Registrované pod číslom  
MK SR EV 3430/09

ISSN 1338-340X

**Oznámenie o štruktúre  
vlastníckych vzťahov  
vydavateľa periodickej tlače:**

Jediným akcionárom  
vydavateľa je SLK  
Račianska 42/A  
831 02 Bratislava  
IČO: 17 313 317

**YDAVATEĽ:**  
LEKÁR, a.s., IČO: 35 947 349

**ADRESA REDAKCIE:**  
MEDIKOM  
Slovenská lekárska komora  
Račianska 42/A  
821 03 Bratislava  
Tel. +421/2/4911 4309  
media@lekom.sk  
www.lekom.sk

**Šéfredaktor:**  
Mgr. Nancy Závodská

**Vedúci redakčnej rady:**  
MUDr. Jaroslav Šimo

**Redakčná rada:**  
MUDr. Jozef Weber, MPH  
MUDr. Zuzana Teremová  
MUDr. Valéria Vasiľová  
doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.  
MUDr. Ján Boldizsár  
Mgr. Zdenko Senesi

**Grafické spracovanie:**  
SOFT DESIGN, s. r. o.  
www.softdesign.sk

**Tlač a distribúcia:**  
Pandan, s. r. o.  
www.pandan.kiwi

**Marketing a inzercia:**  
LEKÁR, a.s.  
sekretariat@lekarnet.sk  
mobil: +421 911 175 762

**Jazyková redaktorka:**  
Jana Juríčková

Reprodukcia diela ako celku  
alebo v častiach je možná len  
s predchádzajúcim súhlasom  
vydavateľa.

Redakcia si vyhradzuje právo  
na publikovanie uverejnených  
príspevkov na internete pri  
zachovaní autorských práv.

Inzeráty neprešli jazykovou  
korektúrou.

## VÁŽENÉ KOLEGYNE, KOLEGOVIA!

Aj sme ju čakali, aj nečakali, ale ona nesklamala. Druhá vlna pandémie COVID-19 je tu. A s ňou aj ďalšie manévry v zdravotníctve. Máme už skúsenosti z prvej vlny, ktorú sme zvládli nad očakávanie dobre. Ani dnes sa neukazuje zatiaľ žiadny relevantný dôvod na to, aby sme medicínsky nezvládli aj druhú vlnu.

Myslím si, že my, zdravotníci, a v konečnom dôsledku aj naši občania – pacienti, by sme mali byť však skôr zvedaví na to, ako sa táto vláda popasuje so zvládnutím zásadnej reformy nášho zdravotníctva. V súčasnosti nie je v tomto smere o čom diskutovať. Sedem mesiacov po voľbách máme stále len jeden dokument, ktorý síce hovorí o zmenách slovenského zdravotníctva, ale

o žiadnych konkrétnych sa z Programového vyhlásenia vlády SR nedozvieme. A nedeje sa nič, čo by naznačovalo, že vedenie rezortu zdravotníctva sa skutočne na transformáciu slovenského zdravotníctva pripravuje. Predsa len sa musím poopraviť, pretože niečo už čiastočne rozvírilo hladinu stojatých vôd slovenského zdravotníctva. Vládne strany. OLANO pripravilo „široko diskutovanú“ novelu zákona o interrupciách a SaS predstavi

la spôsob riešenia a zastavenia zadlžovania sa predovšetkým koncových nemocníc. Výsledkom tohto opatrenia by však nemali byť systémové zmeny, vrátane financovania nemocníc, ale len odvolávanie riaditeľa a manažmentu nehospodárne fungujúcej nemocnice až po odvolanie ministra. Toto sme tu už mali a opakované, až na to finálne odvolávanie ministra. A každý, kto aspoň trochu rozumie zdravotníctvu a jeho financovaniu, dobre vie, že na takýchto princípoch nemôžu fungovať pozitívne zmeny, ktoré už všetci túžobne očakávame.

Dovoľte mi uviesť klasický príklad, ktorý som už komparatívne niekoľkokrát v súvislosti so zdravotníctvom použil. Ak má autobus v technickom preukaze výrobcom uvádzanú spotrebu pohonných hmôt, povedzme, 15 litrov a vy ste vodičovi nikdy nedali peniaze na kúpu viac ako 12 litrov, tak šoférov môžete vymieňať aj každý mesiac, aj tak sa však dostanete do situácie, že koncom roku mu musíte celý rozdiel doplatiť, ak chcete, aby autobus vozil ľudí aj ďalej. Alternatívou však môže byť aj príklad, že štyri dni z mesiaca necháte autobus, ktorý rozváža ľudí do práce, v garáži a rozpočet

následne viete udržať. Nie je podstatné, že ste znížili kvalitu a dostupnosť verejnej dopravy. Dôležité je, že riaditeľ dopravného podniku je dobrý manažér. Nie je dôležité, či má podnik spokojných vodičov a cestujúcich.

Aktuálne sa zdá, že pre kompetentných nie je prioritou, aby nám fungovali koncové nemocnice. V režime koncovej nemocnice fungovala doteraz aj štátna akciovka – nemocnica Poprad. Dlhé roky táto nemocnica síce odkrajovala z rozpočtu viac ako bolo treba, ale na druhej strane zabezpečovala na adekvátnej odbornej úrovni a pre široký, nielen tatranský región, nenahraditeľnú dostupnú, profesionálnu a kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Zdá sa, že

súčasnú vedenie rezortu však do nemocníc tohto typu dosadzuje takých riaditeľov, ktorí za honbou dobrých čísel a osobných ambícií smerujú k tomu, že aj v tejto tatranskej nemocnici bezhlavo, bez diskusie a informovanosti ničíme to, čo odborne fungovalo. Riadenie nemocníc bez elementárnych pravidiel slušnosti, normálnej ľudskej komunikácie a prirodzenej autority vo vzťahu k personálu musí byť pre nás všetkých neprijateľné. A zvlášť

v situácii, keď nedostatok zdravotníckeho personálu na všetkých úrovniach je dnes kľúčový problém každého zdravotníctva. Vedúci pracovník a osobitne riaditeľ nemocnice by mal byť osobnosťou, ktorého vyzdvihujú predovšetkým výsledky jeho práce v kooperácii s podriadenými, pričom akékoľvek pracovné metódy založené na arogancii a individualizme nemôžu byť v tejto pozícii akceptovateľné. V konečnom dôsledku atmosféra neistoty a neinformovanosti negatívne vplyva na celkovú atmosféru v nemocnici a zabezpečovanie jej kvalitného chodu.

Slovenská lekárska komora dlhodobo pranieje takýto spôsob riadenia na všetkých úrovniach, snaží sa o spoluprácu, predkladá návrhy a riešenia, vie, ako začať meniť slovenské zdravotníctvo, stále však nemá adekvátneho partnera. Nájedme ho v súčasnom ministroví zdravotníctva? V mene nás, zdravotníkov, ale predovšetkým našich pacientov veríme, že áno.

Žiadosť o stretnutie a spoluprácu má minister na stole. Je na ňahu.

**Marian Kollár**  
prezident Slovenskej lekárskej komory



wustenrot

generálny partner Slovenskej lekárskej  
komory pre poistenie majetku a vozidiel

Oznámenie o poverení sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov

Slovenská lekárska komora v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov poverila dňa 22. 2. 2011 spoločnosť Alfa print, s. r. o., ako sprostredkovateľa spracúvaním osobných údajov členov SLK v rozsahu meno, priezvisko a adresa bydliska za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.



TÉMA ČÍSLA  
**KOMUNIKÁCIA  
LEKÁR -  
PACIENT**

Rozhovor  
s Mgr. M. Andrášiovou  
o tom, prečo je  
komunikácia taká  
dôležitá a ako  
sa ju dá naučiť.

6

AKTIVITY SLK

**Horúce letné rokovania**

14

Bojovali sme s COVID-om, premiérom  
aj ministrom zdravotníctva.

LEGISLATÍVA

**Zvyšovanie kvalifikácie**

17

Čo hovoria paragrafy a aké sú pri nej úskalia.

PUBLICISTIKA

**Nové detské kardiocentrum**

20

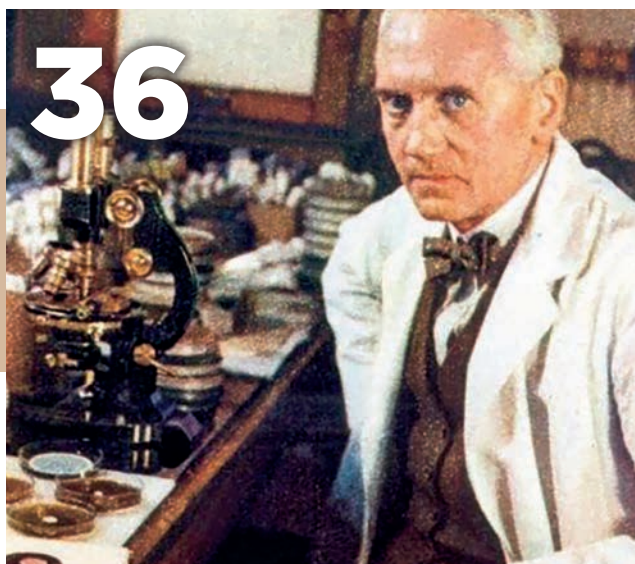
Už na jeseň otvorí svoje brány v hlavnom meste.

NAŠI PARTNERI

**Dom lekárov finišuje**

32

Česká lekárska komora bude mať nové sídlo.



36

HISTÓRIA

**Otec penicilínu  
Alexander Fleming**

36

Pred 75 rokmi zaň dostal Nobelovu cenu.

EURÓPSKA ÚNIA

**Čo chystajú Nemci?**

40

V hre je aj založenie zdravotníckeho NATO.



# Ochrana pred pneumokokovými ochoreniami začína vo vašej ambulancii.

Pri očkovaní proti chrípke nezabudnite očkovať aj proti pneumokokovým ochoreniam. Najviac ohrození sú starší pacienti a chronicky chorí.<sup>2,3</sup>

**Je čas na očkovanie. Urobte prvý krok k záchrane životov!**

**Prevenar 13 je plne hrađený pre rizikové skupiny vrátane všetkých osôb nad 59 rokov.<sup>1</sup>**

Tak ako každá očkovacia látka, ani Prevenar 13 nemusí 100% chrániť všetky očkované osoby pred invazívnym ochorením a pneumóniami spôsobenými kmeňmi *Streptococcus pneumoniae*, ktoré vakcína obsahuje a nechráni pred typmi neobsiahnutými vo vakcíne ani inými mikroorganizmami.

**Referencie:** 1. Indikačné obmedzenie Prevenar 13. 2. Súhrn charakteristických vlastností lieku Prevenar 13. 3. Supporting Active Ageing Through Immunisation Partnership 2013, Adult vaccination: a key component of healthy aging.

**SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU – Prevenar 13 injekčná suspenzia** – Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentná, adsorbovaná). Jedna 0,5 ml dávka obsahuje: pneumokokový polysacharid sérotyp 1\* (2,2 µg), 3\* (2,2 µg), 4\* (2,2 µg), 5\* (2,2 µg), 6A\* (2,2 µg), 6B\* (4,4 µg), 7F\* (2,2 µg), 9V\* (2,2 µg), 14\* (2,2 µg), 18C\* (2,2 µg), 19A\* (2,2 µg), 19F\* (2,2 µg), 23F\* (2,2 µg). \*Konjugovaný s CRM197 nosičovým proteínom, adsorbovaný na fosforečnan hlinitý. **Indikácie:** Aktívna imunizácia ako prevencia invazívnych ochorení, pneumónie a akútneho otitis media spôsobených *Streptococcus pneumoniae* u dojčiat, detí a dospievajúcich vo veku od 6 týždňov do 17 rokov. Aktívna imunizácia ako prevencia invazívnych ochorení a pneumónie spôsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospelých vo veku od 18 rokov a starších. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Vakcinačné schémy pre Prevenar 13 majú byť založené na oficiálnych odporúčaniach. Dojčatá a deti vo veku od 6 týždňov do 5 rokov: Odporúča sa, aby deti, ktoré dostanú prvú dávku Prevenaru 13, dokončili celý očkovací program s Prevenarom 13. Dojčatá vo veku 6 týždňov – 6 mesiacov: **Trojdávková základná schéma:** Odporúčaná imunizačná schéma obsahuje štyri dávky, každú po 0,5 ml. Základné dávkovanie pre dojčatá obsahuje tri dávky, prvá dávka sa obvyčajne podáva v 2. mesiaci veku s intervalom minimálne 1 mesiac medzi dávkami. Prvá dávka môže byť podaná už v 6. týždni veku. Štvrtá (posilňovacia) dávka sa odporúča medzi 11. a 15. mesiacom veku. **Dvojdávková základná schéma:** V prípade, že sa Prevenar 13 podáva ako súčasť bežného očkovacieho programu dojčiat, schéma môže pozostávať z troch dávok, každá po 0,5 ml. Prvá dávka sa má podať od veku 2 mesiacov, druhá o 2 mesiace neskôr. Tretia (posilňovacia) dávka sa odporúča medzi 11. a 15. mesiacom veku. U predčasne narodených detí odporúčaná imunizačná schéma pozostáva zo štyroch dávok po 0,5 ml. Neočkované dojčatá a deti vo veku ≥7 mesiacov: Dojčatá vo veku 7 - 11 mesiacov: Dve dávky, každá po 0,5 ml, s intervalom najmenej 1 mesiac medzi jednotlivými dávkami. Tretia dávka je odporúčaná v druhom roku života. Deti vo veku 12-23 mesiacov: Dve dávky, každá po 0,5 ml s intervalom najmenej 2 mesiace medzi jednotlivými dávkami. Pediatrická populácia vo veku 2 - 17 rokov: Jedna 0,5 ml dávka. Dospelí vo veku od 18 rokov a starší: Jedna jednorazová dávka. Potreba preočkovania ďalšou dávkou Prevenaru 13 nebola stanovená. Ak sa považuje za vhodné podanie 23-valentnej pneumokokovej polysacharidovej vakcíny, bez ohľadu na predchádzajúci stav očkovania proti pneumokokom, ako prvý sa má podať Prevenar 13. Vakcína sa má podať intramuskulárnou injekciou. U dojčiat je preferovaným miestom anterolaterálna oblasť stehna (m. vastus lateralis) alebo delťový sval hornej končatiny u detí a dospelých. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivá alebo ktorúkoľvek z pomocných látok alebo na difterický toxoid. Ako u všetkých vakcín, podanie Prevenaru 13 sa má u osôb trpiacich akútnym ťažkým horúčkovitým ochorením odložiť na neskôr. Avšak výskyt malej infekcie, akou je nádcha, nemá byť dôvodom na odklad očkovania. **Špeciálne upozornenia:** Prevenar 13 sa nesmie podávať intravaskulárne. Táto vakcína sa nemá podávať ako intramuskulárna injekcia osobám s trombocytopéniou alebo inou poruchou koagulácie krvi, u ktorých je kontraindikované intramuskulárne injekčné podanie, ale môže sa podať subkutánne, ak potenciálny prospech jednoznačne prevyší riziká. Prevenar 13 chráni len proti sérotypom *Streptococcus pneumoniae*, ktoré sú obsiahnuté vo vakcíne a nechráni proti ostatným mikroorganizmom vyvolávajúcich invazívne ochorenia, pneumóniu alebo otitis media. Tak ako u každej vakcíny, Prevenar 13 nemusí chrániť pred pneumokokovým ochorením všetky osoby, ktorým bol podaný. **Špeciálne populácie:** Osoby so základnými ochoreniami s náchylnosťou na invazívne pneumokokové ochorenia vrátane osôb predtým očkovaných jednou alebo viacerými dávkami 23-valentnej pneumokokovej polysacharidovej vakcíny, môžu dostať minimálne jednu dávku vakcíny Prevenar 13. U osôb s transplantáciou krvotvorných kmeňových buniek obsahuje odporúčaná imunizačná schéma štyri dávky Prevenaru 13, každú po 0,5 ml. Štvrtá (posilňovacia) dávka sa odporúča 6 mesiacov po tretej dávke. **Nežiaduce účinky:** Medzi najčastejšie udávanými nežiaducimi účinkami u detí vo veku 6 týždňov až 5 rokov bola reakcia v mieste podania, horúčka, podráždenosť, znížená chuť do jedla a ospalosť a/alebo nespavosť, u pediatrickej populácie vo veku 6 až 17 rokov bola znížená chuť do jedla, podráždenosť; erytém v mieste očkovania; zdurenie/opuch alebo bolesť/zvýšená citlivosť; ospalivosť; nekvalitný spánok, zvýšená citlivosť v mieste očkovania (vrátane zhoršenia pohyblivosti) a u dospelých vo veku 18 rokov a starších bola znížená chuť do jedla, bolesť hlavy, hnačka, vracanie, vyrážka, zimnica, únava, erytém v mieste vpichu, zatrdnutie/opuch a bolesť/citlivosť v mieste vpichu, obmedzenie pohybu v ramene, artralgia, myalgia. **Interakcie:** Dojčatá a deti vo veku od 6 týždňov do 5 rokov: Prevenar 13 môže byť podaný súčasne s ktorýmkoľvek z nasledujúcich očkovacích antigénov podávaných buď vo forme monovalentnej alebo kombinovanej vakcíny: záškrt, tetanus, acelulárna alebo celulárna vakcína proti čiernemu kašľu, *Haemophilus influenzae* typ b, inaktivovaná detská obrna, hepatitída B, meningokoková séro skupina C, osýpky, mumps, ružienka, ovčie kiahne a rotavírusová vakcína. Prevenar 13 možno tiež podávať súčasne s konjugovanou očkovacou látkou obsahujúcou tetanový toxoid a meningokokový polysacharidový séro skupiny A, C, W a Y deťom vo veku 12 až 23 mesiacov, ktoré už boli adekvátne imunizované Prevenarom 13. Dospelí vo veku 50 rokov a starší: Prevenar 13 sa môže podávať súčasne so sezónnou trivalentnou (TIV) a kvadrivalentnou (QIV) inaktivovanou vakcínou proti chrípke (TIV). Odlišné injekčné vakcíny sa majú vždy podať na rôzne miesta. **Predávkovanie:** Nie je pravdepodobné, nakoľko je k dispozícii v naplnených injekčných striekačkách. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú dostupné údaje o používaní Prevenaru 13 u gravidných žien. Nie je známe, či sa Prevenar 13 vylučuje do materského mlieka. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlo a obsluhovať stroje:** Prevenar 13 nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlo a obsluhovať stroje. **Uchovávanie:** Uchovávať v chladničke (2 °C – 8 °C). Neuchovávať v mrazničke. Prevenar 13 je stabilný štyri dni pri teplote do 25 °C. Na konci tejto doby sa musí Prevenar 13 použiť alebo zlikvidovať. Tieto údaje sú určené ako pomôcka pre zdravotníckych pracovníkov v prípade dočasných teplotných zmien. Informácia je určená pre odbornú verejnosť. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením aktuálneho súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum aktualizovania skráteného informácie o lieku: April 2020. Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Europe MA EEG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgicko. **Miestny zástupca držiteľa rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Luxembourg SARL, o.z., tel.: +421 2 3355 5500. **Upravené podľa SPC schváleného Európskou agentúrou pre lieky (EMA) dňa 28.02.2020.**



**PFIZER LUXEMBOURG SARL, o.z.,** Pribinova 25, 811 09 Bratislava, Tel.: +421 2 33 55 55 00, www.pfizer.eu  
PP-PNA-SVK-0083, Dátum schválenia: august 2020

**Prevenar 13**  
Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentná, adsorbovaná)

# MALÉ VECI *robia* VEĽKÝ ROZDIEL

Foto: archív SLK, Adobe Stock

Lekár a pacient – vzťah, ktorý je výsostne špecifický. Nie je to a ani nemôže byť vzťah rovnocenný. Pacient logicky ťahá za kratší koniec – je závislý od lekára, pretože potrebuje jeho pomoc. Je to vzťah, ktorý by práve preto mal byť založený na absolútnej dôvere, vzájomnom rešpekte a otvorenej komunikácii.

**Z**iaľ, práve to posledné, komunikácia, je často kameňom úrazu v našich ambulanciách či nemocniciach. Času je málo, lekári sú preťažení, pacienti vystresovaní, nespokojní, často aj drzí. Na vzájomnú komunikáciu akosi nezostáva dosť času... Prečo to tak je? Dá sa to zlepšiť? Ako a prečo vlastne treba správne komunikovať?

O tom všetkom sme sa porozprávali s psychologičkou **Mgr. Máriou Andrášiovou, PhD.** Prečítajte si náš rozhovor, či už ste lekár, alebo pacient.

**?** V každom povolaní je komunikácia dôležitá, je to základ fungovania v našom osobnom aj pracovnom živote. U lekárov je to však asi ešte o stupeň dôležitejšie. Súhlasíte?

Určite áno, vzťah lekár–pacient je veľmi špecifický a istým spôsobom intímny. V pozícii pacienta sa človek stáva krehkejším, zraniteľnejším a závislým od lekára. Zveruje mu do rúk svoje zdravie a niekedy aj život, je pred ním obrazne, a často aj doslovne, celkom obnažený. Ak sa na to pozrieme z tohto uhla, je zrejme, prečo je také dôležité, ako lekár k pacientovi pristupuje a ako s ním hovorí. A čím ťažšia diagnóza, tým je pre pacienta dôležitejšie, aby ho vnímal ako človeka s ochorením, nielen ako číslo diagnózy. Pre mnohých lekárov je takýto prístup prirodzený, ale stále zostáva dosť tých, ktorí to vnímajú ako prácu navyše. Nie raz som počula argument – ja som lekár, nie psychológ! Prečo by som sa mal zaujímať o to, ako sa pacient cíti, ako vníma svoju chorobu? Moja práca je zbaviť ho jeho zdravotného problému, na reči okolo toho nemám čas. Áno, nedostatok času je silný argument. Lenže s pacientom nejakým spôsobom komunikujeme vždy. Rozdiel je len v tom, či dobre, alebo zle. V tom istom čase sa dá pre neho rovnako veľa urobiť, ako aj pokaziť.

**?** Psychika teda hrá neoddeliteľnú úlohu pri liečbe...  
**?** Podceňujeme to?

Neviem, či podceňujeme. Skôr by som to nazvala, že oddeľujeme neoddeliteľné. O telo sa stará lekár, o psychiku psychológ alebo psychiater (a najčastejšie vôbec nikto). Lenže to sú spojené nádoby. Psychický stav pacienta vstupuje do jeho ochorenia a liečby a naopak, či tomu venujeme pozornosť, alebo nie. A komunikácia s pacientom tento psychický stav ovplyvňuje.

Pacient častokrát nevie posúdiť, či ho lekár lieči správne. Čo však s istotou posúdiť vie, je, ako k nemu pristupuje, ako s ním jedná. Zo skúseností z komunikačných tréningov v nemocniciach viem, že prevažná väčšina sťažností vychádza z pochybení v komunikácii, nie v liečbe ako takej. Chápem, že je to veľmi náročné, ale prosím, liečme pacientov a nie od prežívania a emócií oddelené telá. Áno, to vyžaduje od lekára aj komunikačné zručnosti, aby vedel použiť adekvátny komunikačný postup pre konkrétneho pacienta. To však nie je žiaden nadštandard, je to neoddeliteľná súčasť liečby.

“  
Prečo by som sa mal zaujímať o to, ako sa pacient cíti, ako vníma svoju chorobu? Moja práca je zbaviť ho jeho zdravotného problému, na reči okolo toho nemám čas.”

**?** Je schopnosť komunikovať, teda správne komunikovať, niečo ako nadanie? Dar? Rodíme sa s tým, alebo je to zručnosť, ktorú sa môžeme naučiť či vyvíjať ju?

Niekedy sa lekári, najmä muži, na tréningoch položartom vyhovávajú, vraj na toto nemajú talent. Miera empatie, teda schopnosť vnímať a chápať prežívanie pacienta, je určite ovplyvňovaná viacerými faktormi – našou osobnosťou, prostredím, ktoré nás formovalo a v ktorom sa pohybuje, vzťahmi, ktoré sme prežívali, aktuálnou životnou situáciou atď. Vždy je však možné tieto schopnosti rozvíjať. To, že ste celé detstvo nebehali v buši a nemáte nohy afrického bežca, neznamená, že nemôžete zabehnúť maratón. A aj keď to nebude na zlatú medailu, stále môžete byť super bežec. Takisto aj empatia a efektívna komunikácia sú dobre naučiteľné zručnosti.





### ? V akomkoľvek veku?

V akomkoľvek veku. Základ je porozumieť, prečo je to v liečbe pacienta dôležité a chcieť tomu venovať pozornosť. Pokiaľ má lekár nastavenie, že toto nie je jeho úloha, tak to nie je problém veku či talentu, ale postoja a nedostatku vedomostí o tom, ako komplexne človek funguje a ako funguje jeho psychika v strese zo straty kontroly nad svojím zdravím a životom.

Bonusom je, že z dobre nastaveného vzťahu s pacientom a komunikácie profituje aj lekár. Šetrí mu to čas, lebo sa zníži počet nedorozumení, narastá spokojnosť pacienta a ubúda sťažností. Výskumy ukazujú, že klesá aj miera frustrácie a riziko vyhorenia lekára.

### ? Určite existuje rozdiel v komunikácii mužov a žien. Platí to aj v medicíne? Sú lekárky empatickejšie, dokážu lepšie komunikovať?

Skôr by som povedala, že lekárky prejavujú empatiu iným spôsobom ako lekári. Aj keď sa záujem vypočúť a snaha pochopiť spája viac so ženami než mužmi, poznám mnoho láskavých a starostlivých lekárov a naopak, stretla som sa aj s necitlivými lekárkami. Vnímam to skôr ako vec ľudských kvalít konkrétneho človeka než pohlavia. A nezabúdajme na to, že komunikácia nie je len to, čo vyjadríme slovami. Očný kontakt a tichý prejav porozumenia môže dať pacientovi viac ako záplava slov s pohľadom upretým na monitor počítača namiesto na pacien-

## Mgr. Mária Andrášiová

Po ukončení štúdia psychológie pracovala ako klinický psychológ v Národnom onkologickom ústave, neskôr 2 roky v detskom výjazdovom hospíci Plamienok. Má atestáciu a doktorát z klinickej psychológie. Je členkou Slovenskej psychologickéj komory.

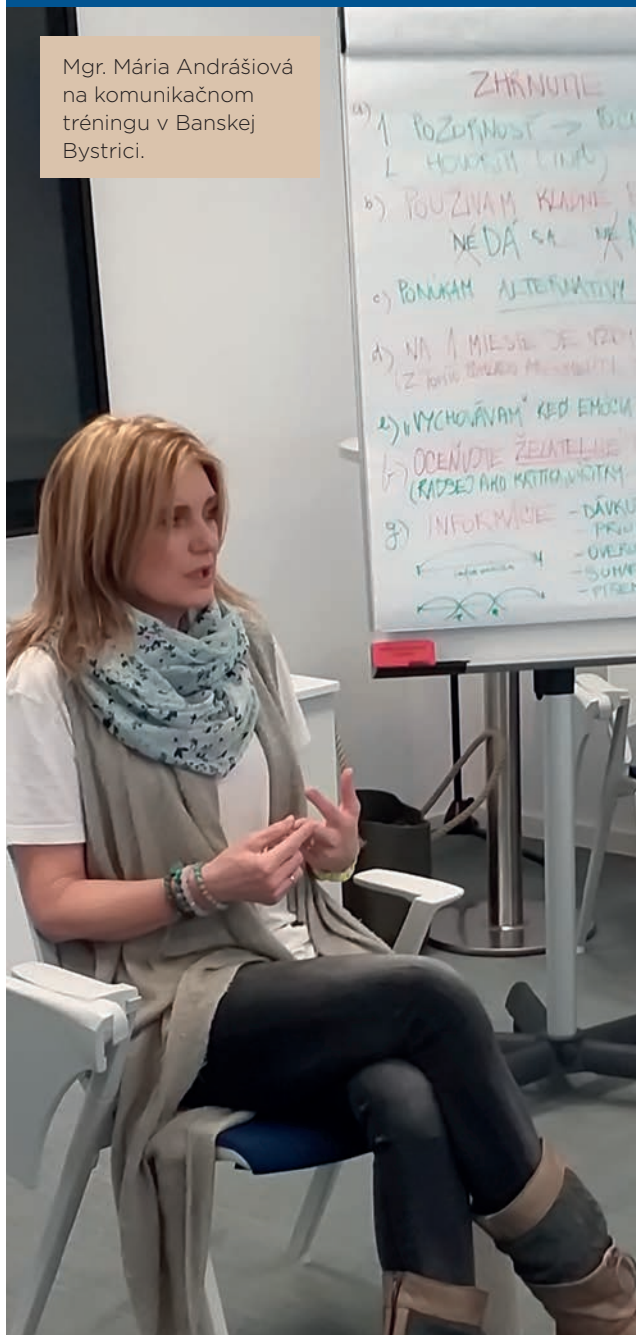
Pred desiatimi rokmi prišla s projektom komunikácie lekár – pacient a odvtedy zrealizovala spolu s kolegom Alešom Bednaříkom, ale aj individuálne, viac ako 150 tréningov pre lekárov rôznych špecializácií a pre sestry. Je spoluautorkou knihy o komunikácii určenej pre lekárov a sestry „Budem k vám úprimný... Ako v rozhovoroch s ťažko chorými pacientmi spájať otvorenosť, úprimnosť a nádej“. Je autorkou knihy pre onkologických pacientov a ich rodinných príslušníkov „Keď do života vstúpi rakovina“, venovanej psychickým aspektom ochorenia. Obsahovo naplňa stránku [www.onkopacient.sk](http://www.onkopacient.sk).

V súčasnosti pracuje ako psychológ v súkromnej praxi, a to najmä s onkologickými pacientmi a ich príbuznými, ale aj s pacientmi bez somatických ťažkostí, s rôznymi druhmi psychických ťažkostí. Prednáša pre lekárov, medikov na témy z oblasti komunikácie aj na patientských seminároch.

“

Myslím si, že najdôležitejší je skutočný záujem o pacienta. A ten sa nedá oklamať. Pacient veľmi spoľahlivo vycíti, keď vám na ňom záleží, ako aj to, keď je len to číslo diagnózy.

Mgr. Mária Andrášiová  
na komunikačnom  
tréningu v Banskej  
Bystrici.



ta. Myslím si, že najdôležitejší je skutočný záujem o pacienta. A ten sa nedá oklamať. Pacient veľmi spoľahlivo vycíti, keď vám na ňom záleží, ako aj to, keď je len to číslo diagnózy.

### ❓ A ako je to s vekom? Existujú rozdiely v komunikácii mladších a starších lekárov?

Určite, ale nie je to vyslovene v prospech jednej či druhej strany. Čisto logicky by sme predpokladali, že čím je lekár starší a skúsenejší, tým lepšie bude vedieť komunikovať. Ale môže to byť aj naopak. Že si lekár roky pestuje neefektívne komunikačné vzorce, len ho na to nikto z kolegov, a pacientov už vôbec nie, neupozornil.

Napríklad, po rokoch praxe sa dopracujem ku komunikačnej stratégii, že oznamovanie diagnózy robím ako monológ, nie dialóg s pacientom. Priviedla ma k tomu negatívna skúsenosť, že ako premotivovaný mladý lekár som pacientov príliš púšťal k slovu, zaujímal sa o to, ako svoj stav vnímajú a podobne. Zistil som, že ma to odvádzalo od podstaty rozhovoru a tým okrádalo o čas. A tak som sa naučil páliť informácie ako z gulometu a už roky mi to funguje. Všetko stihnem a pacient odchádza tiež spokojný – keď nič nenamieta ani sa nepýta, tak spokojný určite je, nie? V skutočnosti som však len nemal dostatočnú zručnosť vo vedení tohto typu rozhovoru, pretože mi nikto nevyvetlil jeho princípy, úskalia a efektívne postupy. V dôsledku toho som stratil veľmi cenný nástroj v liečbe, a síce pohľad samotného pacienta. Oznamujem mu dôležité informácie bez toho, aby som vedel niečo o jeho mentálnej úrovni, emocionálite, o tom, ako vníma svoju chorobu atď. To mi však následne nedovolí podať informácie primerane jeho mentálnemu a psychickému stavu, takže odchádza akože informovaný, ale v skutočnosti je zaplavený informáciami a zmätený. Nemám sa to ako dozvedieť, pretože na formálnu otázku – „rozumeli ste všetkému?“ – príde formálna odpoveď – „áno“. Pacient nechce vyzeráť ako hlupák a sestrička už hlási príchod ďalšieho pacienta. Nabudúce sa ma pacient opýta to isté, čo som mu minule tak dôkladne vysvetlil a ja sa hnevám, že mám znova strácať drahocenný čas.

Ak sa však ešte vrátim k vašej otázke, skutočne nie je priama úmera medzi množstvom odpracovaných rokov a kvalitou prístupu k pacientovi. Mladí lekári, ktorí majú málo odborných aj komunikačných skúseností, môžu tieto vyvážiť záujmom o pacienta a chuťou učiť sa. Samozrejme, ak majú od koho. Pokiaľ chýba odovzdávanie skúseností staršími kolegami, je to problém, lebo veľa sa učíme pozorovaním a napodobňovaním. Teraz to však popisujem čisto z pohľadu, že roky v praxi nezaručujú lepší prístup k pacientovi.

### ❓ Aké sú vaše osobné skúsenosti s komunikáciou lekárov?

Keď mi zomierala mama, prešli sme viacerými oddeleniami. Stretla som lekárov, ktorí boli úžasní odborne aj ľudsky, ale stretla som aj takých, ktorých jednanie bolo katastrofálne. Bolo to niekedy veľmi bolestivé a frustrujúce, strácať milovaného človeka a zároveň prežívať tú bezmocnosť, vtedy by ste takému lekárovi najradšej vykričali, čo si o ňom myslíte, ale nemôžete, lebo sa bojíte, že tým mame viac uškodíte ako pomôžete. Poslednou zastávkou bola geriatрия. Mamu prijímala mladá doktorka, ktorá bola tuším dva mesiace po škole. Mój prvý pocit bol strach a nedôvera – nemala prax, nestretla sa so zomierajúcimi pacientmi atď. Ale skúsenosť bola úplne opačná – mala záujem, mala pokoru, mala snahu urobiť pre mamu maximum napriek tomu, že bolo jasné, že zachrániť sa ju nepodarí. Nepodcenila žiadnu informáciu, všetko si overovala u starších kolegov. A bola k nej veľmi láskavá. Pomohla jej dokráčať k smrti ako človeku, na ktorom záleží do poslednej chvíle jeho života. A mne, vďaka jej prístupu, nadobudnúť pre-





Dobrá komunikácia medzi lekárom a pacientom môže v liečbe veľmi pomôcť.

svedčenie, že bolo urobené všetko, čo sa urobiť dalo, pomohla zmieriť sa s nezmieriteľným.

**?** **Vnímovosť a otvorené srdce je zrejme to, čo tá mladá lekárka mala a čo je podľa vás základným predpokladom dobrej komunikácie. Chýba toto našim lekárom?**

Za tie roky tréningov som stretla toľko lekárov a sestier oddaných svojej práci a s veľkým srdcom! Stretla som však aj takých, ktorým v prejave takéto nastavenie chýba... Niektorým preto, že z každodennej záťaže vyhořeli, niektorým preto, že sú presvedčení, že profesionalita a prejav citu sa navzájom vylučujú a emócie do medicíny nepatria. Patria, len s nimi treba vedieť narábať. Ak pred vami sedí mladá žena s karcinómom ovária v 4. štádiu, plače a hovorí „ja sa bojím, že zomriem, pani doktorka“, musíte predsa zareagovať na jej strach a zúfalstvo. Ak ale neviete, ako pracovať s emóciami pacienta v takejto extrémne záťažovej situácii, môže sa stať, že namiesto vedomej, starostlivo uváženej reakcie, za vás budú hovoriť vaše obranné mechanizmy, ktoré vás chránia pred zaplavením emóciami. Takže sa odpovedi buď vyhnete, alebo poviete „pani, nemôžete takto uvažovať, musíte byť silná“, alebo jej dáte falošnú nádej, že to bude dobré. Žiadna z takýchto reakcií pacientke nepomôže. Lenže ak vás nikto neučil, ako v takejto situácii stáť pri pacientovi, ako ho nenechať s jeho strachmi samého a ako mu slovami či bez nich prejaví porozumenie a podporu, tak je ťažké vhodne zareagovať.

Je mi veľmi ľúto, že zo škôl vychádzajú lekári nadupaní vedomosťami o tom, ako liečiť telo, ale len veľmi málo zorientovaní v tom, čo počas liečby pacient prežíva, čo budú prežívať oni sami a ako si s tým všetkým poradiť. Ako má čerstvo vyštudovaný lekár vedieť spracovať emócie zomierajúceho pacienta? Ako má uniesť úmrtie detského pacienta a oznámiť to jeho rodičom? Kde sa to mal naučiť? Systém – „hodíme ťa do vody a komunikuj, ako vieš“ – považujem za škodlivý pre obe strany, pre pacienta aj pre lekára.

**?** **Môže sa však stať aj opak, že lekára ten príbeh pacienta príliš zasiahne a naozaj bude neobjektívny...**

Iste, niektorí lekári sa až príliš nechajú vťahovať do príbehu pacienta, emočne s ním splynú a nevedia si strážiť vlastné hranice. Hovoríme tomu, že si nosia pacientov domov. Toto je veľmi zaťažujúce a nie raz som počula, že ich empatia vyčerpáva a už to tak robiť nechcú.

**?** **To sa však dá pochopiť, nie?**

Určite áno, vyčerpanosť z prežívania intenzívnych emócií je pochopiteľná. A rozhodnutie nenechať sa nimi ďalej zaplavovať správne, pretože na to, aby sme sa vládali postarať o našich pacientov, potrebujeme sa postarať v prvom rade o seba samých. Avšak to, čo vyčerpáva, nie je empatia, ale netrénovaná zručnosť narábania s emóciami a vlastnými hranicami.

**?** **Tak sa teda podme pozrieť, ako na to. Aké sú základy dobrej komunikácie lekára s pacientom?**

Spomeniem niektoré zo základných pilierov, ale zďaleka sa nám sem nezmestia všetky.

Vzťah a dôvera. To, že si ich s pacientom potrebujeme budovať, nie je vzletná fráza, ale nevyhnutnosť. Ak chceme dobrú spoluprácu a motivovaného pacienta, záleží aj na zdanlivých maličkostiach.

Pozdraviť sa, predstaviť, zorientovať pacienta v tom, ako bude návšteva u vás prebiehať – to všetko je dôležité. Nespoliehajme sa, že meno si prečíta na vizitke a že predsa vie, ako to u lekára chodí. Nevie, ako to chodí konkrétne u vás, nevie, čo sa s ním bude diať a ako bude vyšetrenie prebiehať. To, čo je pre lekára denná rutina, pre pacienta môže byť zdroj úzkosti a stresu. A s pacientom v strese sa ťažko pracuje.

Ďalej, naučiť sa počúvať nielen ušami, ale vnímať pacienta ako celok. To, ako prichádza, ako reaguje, ako sa vyjadruje, či je aktívny, alebo odovzdané čaká... Prосто vyladiť vysieláč

na príjem a vnímať. Toto je dôležité najmä pri prvej návšteve pacienta.

### 🔍 Lekári však často hovoria, že na to nemajú toľko času...

To je najčastejší argument lekárov. Môj protiargument je, že primárne to nie je o čase, ale spôsobe. Ak nemáte navnímané, kto sedí na druhej strane, neskôr podstatne viac času a efektivity stratíte tým, že nepodáte informácie primerane jeho mentálnemu a emočnému stavu a pacient sa vám v tom stratí.

Je dôležité informácie dávkovať. Každý pacient má určitú kapacitu toho, čo je schopný pochopiť a absorbovať. Čím väčší stres, tým sú oslabenejšie kognitívne funkcie. Preto ak dávam informácií viac, treba priebežne sledovať, či mi pacient stíha. Stačí jednoduchá otázka: „Vládnete ma ešte vnímať?“ Ak nie, na chvíľku vstanem, vyvetrám, podám pohár vody a po minútke môžeme pokračovať. Je to prejav pozornosti a záujmu o pacienta a zároveň nástroj, ako prebrať k životu jeho oslabené vnímanie. Pokiaľ sa nezaujímam, či pacient so mnou drží krok, dobehnem síce do cieľa, ale bez pacienta – toho som niekde na polceste stratila. A presne toto sú tie časové straty, ktorým vieme predísť dobrou komunikáciou. To isté platí aj o overovaní porozumenia. Ak sa nám pacient zasekne v tretej vete pri slove kolonoskopia a nevšimneme si to, všetko, čo povieme za tým, je stratený čas, pretože pacient myslou ostane pri tom, čo toto slovo znamená, prípadne, že na takom vyšetrení bola tá suseda, ktorá potom umrela a už vôbec nevníma, čo mu hovoríme...

Aj tu vieme použiť jednoduché a účinné pomôcky. Napríklad na začiatku rozhovoru pacientovi povieme: „Teraz vám vysvetlím, aké vyšetrenia absolvujete. Je dôležité, aby ste rozumeli všetkému, čo vám budem hovoriť. Preto, keď nebudete niečomu rozumieť, zastavte ma, vysvetlím si to znova.“ Takto pacient skôr nájde odvahu povedať, že nerozumie a drží s nami lepšie krok.

Je toho ešte veľa, čo sa dá veľmi účinne používať. Vydalo to na celú knihu, takže to nevtesnáme do jedného rozhovoru. Vlastne, ešte jedna, podľa mňa zásadná vec: Pacient by od nás nikdy nemal odchádzať „s prázdnyimi rukami“. To znamená, že keď sa napríklad dozvie, že má závažnú diagnózu, tak by sa mal dozvedieť aj základný plán toho, čo s tým spolu budeme robiť, alebo kam ho pošleme a prečo. Ak to zjednoduším, aby neodchádzal s pocitom, že nevie, čo s ním bude ďalej a že je na to sám. Stratenosť pacientov v systéme je veľký problém.

### 🔍 Keď hovoríme o pacientoch, aj oni dokážu niekedy hneď na úvod tú komunikáciu pokaziť, napríklad keď sa začnú dožadovať liečby podľa internetu alebo poučovať lekára. To sa potom nemôžeme čudovať, že lekári často zareagujú podráždene...

Áno. Aj pacienti vedú byť nepríjemní, arogantní, dožadujúci sa svojich práv, ale ignorujúci povinnosti. Poučovať lekára a odvolávať sa pritom na internet, prípadne mu rovno povedať, akú liečbu potrebujem napísať, nie je práve šťastný začiatok spolupráce. A počula som od lekárov aj oveľa horšie príklady nerešpektu a arogancie. Pacienti skúšajú všeličo, ale nemal by to byť dôvod na rovnako nepríjemnú reakciu lekára. Ak nás vedie snaha liečiť pacienta čo najlepšie a nie urazené ego, tak namiesto odporúčania, že keď je taký múdry, nech sa lieči sám, ho môžeme pochváliť za to, že má záujem o svoje zdravie a hľadá si informácie, a zároveň ho veľmi jasne usmerniť, že pokiaľ ho máme liečiť, je dôležité, aby nám dôveroval a nechal nás robiť

svoju prácu. Skúsme si z pacientovej reakcie vždy vybrať to, čo sa dá dobre využiť pre liečbu. Ak sa chce na svojej liečbe spolupodieľať a byť aktívny, má to aj pozitívnu stránku, len ho treba usmerniť a vyjasniť si, kto riadi koho.

### 🔍 Je tu ešte jeden moment. Ak si majú pacienti vybrať, či chcú špičkového odborníka, ktorý síce nevie komunikovať, alebo lekára, ktorý nemá až toľko skúseností, tak sa asi vo väčšine prípadov rozhodnú pre toho odborníka...

Úplne ich chápem a je mi vždy veľmi ľúto, keď niečo také počujem. Fakt, že je niekto dobrý odborník, nemôže byť predsa ospravedlnením pre zlú komunikáciu. Dodnes mám v pamäti spomienku ešte z čias, keď som pracovala na onkológii. Vystrašená pacientka, jednoduchšia pani z dediny, odmietala chemoterapiu, lebo sa od spolupacientky dozvedela, že jej vraj bude strašne zle a vypadajú jej všetky vlasy. Na vizite ma reakcia lekára, inak vynikajúceho odborníka vo svojom obore, úplne priklincovala: „Je to na vás. Buď sa začnete čím skôr liečiť, alebo vás odtiaľto vynesú v drevenom spacáku nohami napred!“ Existuje niečo, čo môže ospravedlniť takýto prístup?

### 🔍 Ale niektorí pacienti možno potrebujú práve takýto tvrdý prístup...

Veľa takých asi nebude, ale povedzme, že ak mám dlhodobejšie v liečbe pacienta, s ktorým mám vytvorený dobrý vzťah, poznám jeho zmysel pre humor, štýl komunikácie a zo skúsenosti viem, že viac než pohladenie ho naštartujú jemné kopance, môže to zafungovať. Avšak aj tak by som bola opatrná, lebo jedna vec je, čo pacient ukáže navonok a iná, čo sa v ňom deje potom vo vnútri. Je veľký rozdiel medzi láskavou nekompromisnosťou, keď pacient cíti, že nemôžeme ustúpiť, lebo nám záleží na jeho vyliečení, a arogantnou necitlivosťou.

### 🔍 Možno by občas stačilo to staré známe predstaviť si seba v pozícii toho druhého...

Myslím, že presvedčenie, že záleží len na odbornosti a nie na prístupe a ľudskosti, trvá len dovtedy, kým nie sme v pozícii pacienta my sami, alebo naši blízki. V tej chvíli sa optika mení. Vtedy pochopíme hodnotu jediného úsmevu, stisnutia ruky a akéhokoľvek prejavu záujmu a podpory. Takže ocitnúť sa na chvíľku v koži pacienta, prežiť si to celé z druhej strany a potom sa prebudiť, to by proces učenia dramaticky urýchlilo! Máme však aj menej bolestné a zároveň efektívne nástroje výučby, len tejto téme venujme viac záujmu a pozornosti.

### 🔍 Lekári sú teraz, v čase pandémie, vystavení ešte väčšiemu tlaku, stresu a zodpovednosti. Čo by ste im odkázali?

Všetkým našim lekárom a sestram prajem pevné zdravie a tiež zlepšenie podmienok pre ich prácu. Je na nich vyvíjaný permanentný a veľký tlak z mnohých strán, nie zriedka pracujú v nevyhovujúcich podmienkach, sú preťažovaní... Aj to má dopad na ich prístup k pacientovi. Vyhorený lekár nevníma pacienta nie preto, lebo ho nezaujíma, on už na to jednoducho nemá kapacitu. Ak sa to deje často a na mnohých pracoviskách, je to systémový problém a treba ho riešiť. Viac si našich lekárov chrániť a lepšie sa o ich podmienky v práci postarať. Verím, že potom budú mať viac priestoru a síl vnímať pacienta a nie len jeho členok či prsník. Stačí však začať aj celkom malými vecami, dokážu veľa zmeniť.

Pripravila: Nancy Závodská



## Z politického súdka



Upozornenie pre lekárov: Ak do ambulancie príde politik/politička a idete mu napríklad natočiť EKG, vysvetlite mu, že zvody na EKG sú súčasťou prístroja. V opačnom prípade vás môže navštíviť prepadovka NAKA a bude skúmať, kto to podozrivé zariadenie s čudnými káblami nainštaloval...

Kolegyne a kolegovia, prosím vás, chápte mnohých pacientov, ktorí vchádzajú do ambulancie! Mnohých znepokojuje predstava -

*„čo ak idem k takému doktorovi, aký som ja magister, bakalár .....*“

(dosadte podľa ľubovôle).

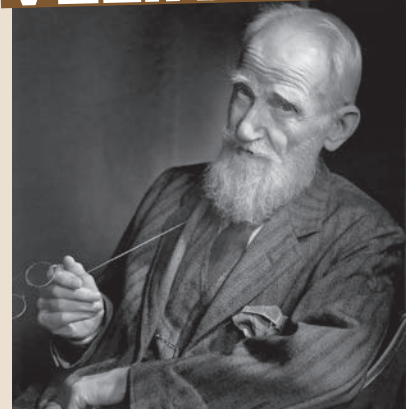
Najprv to vyzeralo ako prerieknutie premiéra, ale nakoniec to na nasledujúcej tlačovej konferencii povedal jasne: Lekári nebudú odmenení za účasť v prvej línii boja proti „hnusobe“. Veď majú na rozdiel od vojakov, policajtov, hasičov „slušné príjmy“. Žiadalo by sa doplniť, že aj slušnú, ba priam najvyššiu zodpovednosť za zdravotný stav pacientov, ale to je asi málo. O 24 hodín došlo ku „korekcii“, lekári budú odmenení. Zamýšľať sa nad tým, akým spôsobom sa to bude diať, je asi kontraproduktívne. V nemocniciach to bude tvrdý oriešok pre riaditeľov - bývalých lesníkov, pracovníkov biskupských úradov, ekonómov, vojakov...

Debata na internete: Predseda vlády, predseda ÚVZ a COVID-19 sa vracajú z dovolenky. Bude 2. vlna.



Pripravil: MUDr. Jaroslav Šimo

## PRAVDA VELIKÁNOV



G. B. Shaw:

*Vzdelaný človek je protivnejší ako nevzdelaný.*

Dovetok: Ak nechcete byť protivní, dosiahnete to štúdiom na elitnej slovenskej súkromnej vysokej (často až niekoľkokosposchodovej) škole. Budete príjemne nevzdelaní.

G. B. Shaw:

*Poznám tri druhy klamstva: malé klamstvo, veľké klamstvo, štatistika...*

Dnes by možno napísal: plagát, kompilát, diplomová práca...

A. P. Čechov:

*Medicina je mojou zákonnou manželkou a literatúra je mojou milenkou. Vždy, keď ma jedna omrzí, strávim noc s druhou.*

Dielo Orwella bolo kedysi varovaním pred zneužitím moci. Dnes to skôr vyzerá ako inšpirácia, alebo manuál/návod na použitie pre politikov.

## Traja členovia SLK otvorene o komunikácii lekárov a pacientov

# TAKTO TO VIDÍM JA...

Foto: archív SLK



PREDPOKLADOM NA VÝKON POVOLANIA U LEKÁRA SÚ 3 PILIERE:

- 1. vedomosti,**
- 2. schopnosť analyticko-syntetického myslenia,**
- 3. schopnosť komunikovať s kolegami a pacientmi.**

Ak to lekár zvládne, má všetky predpoklady na úspešnú kariéru. Kým prvé dva piliere sú navzájom prepojené a súvisia s náročným štúdiom, komunikačné schopnosti sú dôležité pre vytvorenie dobrých vzťahov s kolegami, ale najmä s pacientmi, ktoré sú základným predpokladom vzájomnej dôvery. Dôverujúci a spolupracujúci pacient je ideál, ku ktorému by sme sa mali vedieť „prepracovať“.

### KOMUNIKOVAŤ ZROZUMITELNE

Pacient pri návšteve lekára popisuje svoje zdravotné ťažkosti, úlohou lekára je „preložiť“ symptómy do odbornej terminológie, usporiadať, analyzovať ich a následne stanoviť pracovnú hypotézu, na základe ktorej bude pokračovať v diagnostickom procese, stanoví diagnózu a začne liečbu. V spomenutom procese pracuje s pacientmi rôznej vzdelanostnej úrovne, veku, pohlavia, rasy, sociálnej úrovne. Pri komunikácii s takouto rôznorodou skupinou je najdôležitejšie „ušiť“ spôsob komunikácie na konkrétneho pacienta. Nie je to jednoduché, pretože pacienti sa menia, menia sa aj ich nároky, so zvyšujúcim sa vekom pribúdajú zle spolupracujúci pacienti a tí „spolupracujúci“ sú čím ďalej agresívnejší. **Pri komunikácii je potrebné používať zrozumiteľnú (nie odbornú) terminológiu.**

Prístup k pacientom sťažuje aj všeobecne veľmi nízka úroveň zdravotníckej osvetly na Slovensku, ktorú má často v rukách bulvárna tlač, prípadne niektoré weby. Pacienti často nerešpektujú predpísanú liečbu, ale v prípade zhoršenia stavu je, samozrejme, na vine lekár. Novinári a tzv. analytici pritom pacientov presviedčajú, že na ich zdravotný stav má najväčší vplyv zdravotná poisťovňa. Politika poisťovní je pritom jednoduchá: ak sa dá, tak nezaplatiť. A ak zaplatiť, tak spriaznenému poskytovateľovi. **Lekár má vzhľadom na bujnajúcu administratívu čím ďalej, tým menej času na pacienta, pre úradníkov v poisťovni však nie je dôležitý prístup lekára k pacientovi, ale vyplnené papiere...**

So vznikom internetu pribudlo mnoho pacientov, ktorí sa naň pri stanovovaní diagnózy a liečbe spoliehajú. A keď si niečo na internete nájdú, väčšinou je to najmenej dôveryhodný prameň, ktorý ešte aj zle pochopia. To nás však nemôže odradiť od trpezlivého vysvetľovania, často aj opakovaného, pretože pacient si v strese nemusí všetko zapamätať.

### ČO A AKO POVEDAŤ

Dôležité je odhadnúť, čo je potrebné pacientovi „prezradiť“ o jeho diagnóze. V prípade onkologických ochorení už dávno neplatí, že sa diagnóza zatajuje. Prístup v týchto prípadoch musí byť prísne individuálny, najviac sa osvedčilo postupné

„odhaľovanie pravdy“, najlepšie po dohode s rodinou. **Treba zdôrazniť medicínsky pokrok v liečbe a výrazne zlepšenu prognózu liečby v súčasnosti.** Pacient spolupracujúci na liečbe je najlepší pacient!

Pred pacientmi by sa nemali viesť úvahy a hypotézy o ďalšom postupe. Mnohí to citlivo vnímajú a následná odchýlka od pôvodnej referencie môže vzbudzovať nedôveru v lekára a neistotu pre pacienta. Takisto by sa pred pacientom nemali riešiť interpersonálne konflikty či **prípadné nedostatky v práci stredného zdravotníckeho personálu.**

Povinnosťou lekárov je formálne informovať pacienta pomocou informovaného súhlasu. Je to vlastne „zbraň a výmysel“ právnikov – bič upletený na lekárov, ale aj na pacientov. Skúsenosti hovoria, že malé percento ľudí si ho prečíta, ešte menšie mu porozumie. Z forenzného pohľadu je však informovaný súhlas zrovnoprávnený s diagnostickým a terapeutickým postupom a nedostatky v ňom sú sankcionované.

### O EMPATII LEKÁRA

Pri komunikácii je veľmi dôležitá empatia lekára. Vedieť pochopiť, že choroba dokáže úplne zmeniť život a pacientovi (a jeho rodine) v tejto zmenenej situácii pomôcť je asi vrchol umenia. Mladému lekárovi s nedostatkom skúseností môže pomôcť starší kolega, len si treba vedieť vybrať – takto sa to má robiť, prípadne takto sa to nemá robiť!

V liečbe pacienta nie všetko prebieha ideálne. K práci lekára patria aj omyly, ktoré však verejnosť vníma veľmi kriticky. Vysvetliť pacientovi, že mnohé liečebné (ale aj diagnostické) postupy majú aj svoje komplikácie, je veľmi náročné. Pacient to často aj pochopí, ale problém môže spôsobiť rodinný príslušník či rodinný známy. **Preto je veľmi dôležité pri komplikáciách začať proces vysvetľovania nielen pacientovi, ale aj rodine a dokázať, že máme situáciu pod kontrolou, aj keď liečba možno bude trvať dlhšie.** U pacientov, u ktorých boj o jeho zdravie a život objektívne prehrávame, je potrebné informovať pravdivo rodinu a pripraviť ich aj na najdramatickejší scenár. V USA prebehlo niekoľko štúdií, ktoré sa zaoberali skúmaním informovania pacienta a rodiny o zdravotnom stave a priebehu liečby. Všetky mali podobný výsledok – je to najlepšia prevencia pred žalobami pacientov a ich rodín.

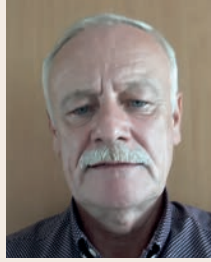
Na záver by malo zaznieť poučenie: V osobnom živote sa dostaneme do situácie, keď je podľa už nebohého sexuológa MUDr. Plzáka nevyhnutné „zatĺkať, zatĺkať a zatĺkať“. Dá sa to použiť aj v medicíne, ale presvedčivejšie a prínosnejšie je „vysvetľovať, vysvetľovať, vysvetľovať“!

MUDr. Jaroslav Šimo, člen Rady SLK



## AKO SME TRÉNOVALI

**Kurz komunikácie v Nitre naučil účastníkov, ako zvládnuť náročné situácie v ambulanciách a nemocniciach.**



Koncom júla sa v priestoroch RLK Nitra uskutočnil tréning efektívnej komunikácie lekár – pacient. Na tréningu sa zúčastnilo 12 prihlásených lekárov z Nitrianskeho kraja. Zastúpení boli lekári z nemocníc i ambulantných zariadení rôznych odborností. I táto skutočnosť vytvorila rôzny pohľad na jednotlivé preberané oblasti tréningu.

Cieľom tréningu bolo pomôcť lekárom cítiť sa v komunikačne náročných situáciách komfortnejšie a zároveň používať také postupy a nástroje, ktoré zvýšia jeho efektívnosť a obojstrannú spokojnosť pri liečbe. A zároveň ušetriť čas, ktorého máme všetci čoraz menej.

### Ťažko na cvičisku, ľahko...

Osvojenie si špecifických postupov pri vedení rozhovoru a využitie efektívnych nástrojov komunikácie lekára s pacientom vedie v konečnom dôsledku k úspore času a spokojnosti pacienta. Štúdium medicíny na lekárske fakultách nás totiž vedie viac k odborným vedomostiam a komunikačne zručnosti sa skôr intuitívne učíme každodennou praxou na oddeleniach alebo ambulanciách.

Ja osobne som preto veľmi uvítal možnosť zúčastniť sa takéhoto tréningu s profesionálnym lektorom. Ako účastníci tréningu sme si po diskusii vybrali témy, ktoré nás zaujímajú a ktoré sme chceli spoločne rozobrať s lektorom, napr. oznámenie zlej správy (zhubný nádor, úmrtie), sestrička je „vytočená“, upokojenie v čakárni, ukončenie rozhovoru, ak je mimo konkrétnej veci, dožadovanie sa neindikovaného vyšetrenia, pacient sa nechystá odísť z ambulancie, pacienti sa tlačia dopredu (Rómovia, podnikatelia), načítaní pacienti z internetu sa dožadujú liečby a pod.

Po obsiahlej vzájomnej diskusii účastníkov tréningu s lektorom sme spoločne hľadali optimálne komunikačné postupy pri jednotlivých vyššie uvedených situáciách. Podľa môjho názoru dôležitým prvkom tohto tréningu je:

- komunikácia v skupine,
- vzájomné zdieľanie svojich skúseností z jednotlivých ambulancií/pracovnísk.

### Čo sme sa naučili

Rozhovor s pacientom vedíme vecne, odborne, s využitím emócie. Využívame racionalitu a emocionalitu (odbornosť a ľudskosť). Vzťah dôvery môže byť terapeutizujúci alebo traumatizujúci. Preto lekár/ka by mali mať pri svojej práci značnú silu pozitívnej emócie.

Z mojej niekoľkoročnej praxe v ambulancii, nemocnici a vo funkciách v kontrolných a disciplinárnych orgánoch SLK mám skúsenosť, že v ostatnom čase si pacienti sťažujú skôr na komunikačné nezhody medzi lekárom a pacientom než na odborné znalosti. Aj z tohto dôvodu považujem túto možnosť vzdelávania sa za veľmi prospešnú a potrebnú. Posúva nás vyššie a odbornejšie v komunikácii s pacientom.

**MUDr. Ján Bernát, člen RLK Nitra**

## A JA TO VIDÍM UŽ AJ INAK...

**Viceprezidentka SLK otvorene o tom, ako si „nosila“ svojich malých pacientov aj domov...**



Spoločnosť LEKÁR, a. s., zorganizovala deväť komunikačných kurzov, psychológovia prednášali viackrát na Preventívnej medicíne, organizovanej už tradične spoločne so Slovenskou lekárskou komorou. Rozprávali sme sa s psychológmi o všeličom, aj počas prednášok, aj počas kurzov. Počas kurzov totiž prevahu témy, o ktorej sa hovorí, určujú lekári – účastníci podujatia. A hoci sú témy rôznorodé, majú vždy niečo spoločné. Tým spoločným je, že rozoberáme najčastejšie vzťah lekár – pacient. Menej často sa venujeme počas kurzov vzťahu lekár – lekár, či už vzťahu medzi kolegami, pracujúcimi na tom istom pracovisku, alebo medzi kolegami – lekármi, ktorých spája len spoločná starostlivosť o toho istého pacienta.

### Pacienti vďační aj nevďační

Ako členka redakčnej rady Medikomu som si prečítala rozhovor s Mgr. Andrášiovou skôr, než išiel do tlače. Uvedomila som si pritom, že komunikácia lekára má aj ďalší rozmer. Tým rozmerom je, že mnohé či mnohí z nás si, ako Majka povedala – „pacienta nosíme domov“. A tak sa u nás – v našich obývačkách či kuchyniach – ocitnú aj tí, ktorých ľutujeme, lebo majú napríklad vážne ochorenie, alebo tí, ktorí nám dali najavo svoju vďačnosť (a tu vôbec nemám na mysli čokoľvek hmotné), ale aj tí, ktorých slová či správanie nám istým spôsobom ublížilo, lebo sa k nám chovali tak, ako si iste nezaslúžime.

### Slzy smútku aj radosti

Manžel je lekár a naše deti už s nami nežijú v spoločnej domácnosti. A tak akosi nevdá, že sa často doma rozprávame o práci (a možno si len ja myslím, že „nevďačí“). Keď boli deti malé, aj situácia bola iná. Po skončení lekárskej fakulty som pracovala v jednej okresnej nemocnici, spolu 14 rokov, prevažne na detskej JIS-ke. Spomínam si neraz na to, ako som si bolesť a nešťastie našich malých pacientov nosila domov aj ja. Napríklad, keď sme v nemocnici diagnostikovali Wilmsov tumor u 7-ročného dievčatka či leukémiu u malého chlapčeka, alebo liečili iné závažné ochorenia našich malých pacientov. Raz, preberajúc po práci vlastné dieťa z materskej škôlky, som tak silno objala a stískala svoju dcéru, až začala kričať: „Prečo ma tak tuho stískaš? To bolí!“ Alebo keď som len mlčky a smutno pozerala na moje hrajúce sa deti doma v izbičke, a jedno príbehlo a spýtalo sa ma: „Mami, zase máš v robote veľmi choré dieťaťko?“ Vtedy mi vybehli slzy. Slzy šťastia, že moje deti sú zdravé...

Moje maličké dcéry prežívali so mnou tú bolesť nad utrpením iných, zmiešanú so šťastím, že „nás to nepostihlo“. Nedokázala som oddeliť prácu od rodinného života. A dá sa to vôbec? Tak, čo na to psychológovia? Poradíte nám, lekárom, ako pacientov nechať za dverami ambulancie či nemocnice?

**MUDr. Zuzana Teremová, viceprezidentka SLK**

# Horúce letné ROKOVANIA

**Aktivity Slovenskej lekárskej komory  
pokračovali aj v čase prázdnin**

Pozrite si, čím všetkým sa v priebehu júla a augusta vedenie SLK zaoberalo a za čo bojovalo. V zozname neuvádzame stretnutia krízového štábu či konzília z dôvodu koronapandémie, na ktorých sa prezident tiež zúčastňoval, pretože v porovnaní s prvou vlnou ich v lete bolo naozaj minimum a boli skôr informatívne.

Text: (red) | Foto: archív SLK

## 19. 6. Prezident SLK poslal ministrovi zdravotníctva list so žiadosťou o stretnutie – k naštartovaniu reformy slovenského zdravotníctva

Pre informáciu, k stretnutiu (minimálne do uzávierky tohto čísla 14. 9.) stále neprišlo...

## 7. 7. Stretnutie so zástupcami NCZI

Prezident rokoval na pôde SLK so zástupcami NCZI Ing. Bobovskou, vedúcou odboru administratívnych registrov a riaditeľkou sekcie správy registrov Mgr. Monikou Reifovou. Zástupkyne NCZI informovali o číselníkoch NCZI, o používaní titulov, o pripravovanej databáze NCZI rozšírenej o oblasť predkladania dokladov súvisiacich s ďalším vzdelávaním lekárov, o získanej odbornej spôsobilosti a databáze licencií. Prezident SLK otvoril otázku budovania spoločných systémov komôr a NCZI, na ktoré štát finančne neprispieva, ale v Programovom vyhlásení vlády SR je záujem sústrediť informácie pod jednu inštitúciou (komorou). Na stretnutí boli tiež prediskutované podnety NCZI na zmenu legislatívy s cieľom posúdenia, pripomienkovania, resp. doplnenia o prípadné vlastné návrhy ko-

mory. Prezident SLK MUDr. M. Kollár v súvislosti s rokovaním s NCZI otvoril problematiku registrácie a možnosti pridelovať komorou kódy lekárom, podmienok zrušenia registrácie u lekárov, ktorí si neplnia povinnosti voči komore. Vyjadril názor, že legislatívne návrhy je potrebné presadzovať spoločne aj s ostatnými komorami. Mgr. Senesi konštatoval, že legislatívny návrh NCZI na zrušenie registrácie lekárov nie je v praxi realizovateľný. Odporučil zaslať NCZI návrh komory na zrušenie registrácie podmienený neplatením poplatku za vedenie registra po dobu 2 rokov.



Stretnutie s predstaviteľmi NCZI na pôde SLK.



Mgr. Monika Reifová (vľavo) a Ing. Michaela Bobovská rokovali s prezidentom SLK.





V polovici júla sa Prezídium SLK zaoberalo aj nomináciami hlavných odborníkov MZ SR.

#### 14. 7. Zasadnutie Prezídia SLK

Prezident SLK informoval o stretnutí s NCZI (bližšie v ďalšom odseku). Prezídium SLK poverilo AK ŠKODLER & PARTNERS, s. r. o., prípravou legislatívneho návrhu, ktorý sa bude týkať naplnenia Programového vyhlásenia vlády SR v otázke sústredenia vydávania registrácie pre lekára a kódu lekára na jednom mieste – SLK.

Členovia prezídia tiež rozdiskutovali legislatívny návrh povinnosti zamestnávateľa preverovať, či je zamestnanec – lekár registrovaný v komore a možnosť vystaviť aspoň dve karty zdravotníckemu pracovníkovi.

Členovia prezídia zároveň riešili aj nominácie do funkcií hlavných odborníkov Ministerstva zdravotníctva SR a nominovali týchto odborníkov, členov SLK:

- pre pediatrickú ortopediu: prof. MUDr. Milan Kokavec, PhD., MPH
- pre pediatrickú hematológiu: MUDr. Oksana Fabri
- pre gastroenterológiu: doc. MUDr. Huorka, MUDr. Mária Zakuciová

#### 20. 7. Výzva SLK k navrátilcom z Veľkej Británie

Prezident SLK dal do všetkých médií výzvu – apel SLK na kompetentné orgány, aby zabezpečili dostatočnú kontrolu pri návrate našich občanov z Veľkej Británie a aby zároveň zvážili možnosť plošného testovania všetkých navrátilcov, prichádzajúcich najmä do rizikových oblastí na východe Slovenska. Dôvodom boli obavy, že po otvorení hraníc s Veľkou Britániou, ktorá bola práve 20. júla zaradená na tzv. zelený zoznam, hrozilo zvýšené riziko nových nákaz, nakoľko navrátilci už neboli nútení podrobiť sa testom či karanténe. Podľa SLK tak reálne hrozilo, že by sa vírus mohol nekontrolovane rozšíriť aj do iných častí krajiny.

#### 4. 8. Stretnutie so zdravotníckymi komorami na pôde SLK

Vedenie SLK iniciovalo pracovné stretnutie v sídle SLK s nie-

ktorými zdravotníckymi komorami k príprave spoločných legislatívnych návrhov. Cieľom bolo dohodnúť spoluprácu a konsenzus, pretože v súčasnosti je viac než potrebné, aby predstavitelia zdravotníckych komôr spoločne diskutovali o svojich postojoch k rôznym problémom slovenského zdravotníctva.

Na stretnutí sa za SLK zúčastnili: prezident SLK MUDr. Marian Kollár, viceprezidenti SLK MUDr. Zuzana Teremová a MUDr. Jozef Weber, právnici SLK JUDr. Škodler a Mgr. Seneši a riaditeľka sekretariátu SLK dr. Pačesová. Zo zástupcov zdravotníckych komôr boli prítomní: MUDr. Igor Moravčík, prezident SKZL; PharmDr. Ondrej Sukeľ, prezident SLeK; Mgr. Iveta Lazorová, prezidentka SK SaPA a riaditeľ sekretariátu PhDr. Milan Laurinc, PhD. a PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., viceprezidentka SKIZP.

Na pracovnom stretnutí prezident SLK MUDr. Kollár požiadal prítomných zástupcovia komôr o písomné vyjadrenie k návrhu zákona, ktorý pripravil JUDr. Škodler, ako aj o vyjadrenie sa k pravidlám a spôsobu spolupráce komôr. Ďalšie stretnutie by sa tak malo po predložení pripomienok komôr konať v septembri.



Stretnutie so zdravotníckymi komorami na pôde SLK.



Na augustovej tlačovej konferencii k vyjadreniam premiéra Matoviča sa zúčastnili aj – zľava: viceprezident SLK MUDr. Jozef Weber, člen Rady SLK MUDr. Jaroslav Šimo, člen Prezídia SLK doc. MUDr. M. Vician, CSc., a prezident SLK MUDr. M. Kollár.

### 11. 8. Zasadnutie Prezídia SLK

Prezídium SLK odsúhlasilo legislatívny návrh SLK sústrediť vydávanie registrácie pre lekára a kódu lekára na jednom mieste – v Slovenskej lekárskej komore a poverilo sekretariát SLK zaslať návrh na ministerstvo zdravotníctva.

Prezident poskytol prítomným na prezídiu aj informácie týkajúce sa návrhu nadstavby a rekonštrukcie budovy SLK na Račianskej ulici v Bratislave. Začiatkové práce nadstavby a rekonštrukcie, v prípade schválenia snemom SLK, by mohli začať na jar 2021. Stále je však v hre aj otázka novej kúpy novej budovy. Prezident vyzval prítomných, aby zvážili – po príprave podkladov a stanovísk – aj túto možnosť. Otázka je tak otvorená, vyhodnotí sa najoptimálnejší variant.

Témou na prezídiu bolo aj stretnutie so zástupcami niektorých zdravotníckych komôr, ktoré sa uskutočnilo 4. 8. na pôde SLK. Prezident SLK informoval, že zástupcom komôr vtedy predstavil zámer vytvoriť spoločnú platformu zdravotníckych komôr pri presadzovaní a riešení spoločných problémov, ako aj záujmov z jedného miesta, napr. vytvorením asociácie zdravotníckych komôr, nakoľko spoločné vyjednávanie komôr v tomto smere je akceptovateľnejšie u orgánov štátnej moci. Vysvetlil prítomným členom prezídia predstavu fungovania riadiaceho aparátu, ktorý by bol na jeho začiatku riadený na báze striedania hosťovania v jednotlivých komorách, teda na určité obdobie poverená komora by zastrešovala administratívne činnosti spojené s výkonom spoločného vyjednávanía a navrhol aj možnosť, aby SLK bola týmto procesom poverená ako prvá na určité obdobie. **Prezídium SLK podporilo vytvorenie spoločnej platformy, asociácie zdravotníckych komôr.**

Prezídium zároveň riešilo aj otázku pozemkov vo Veternej Porube. V súvislosti s tým členovia prezídia prediskutovali klasifikáciu pôdy a cenu pôdy vo Veternej Porube.

Viceprezidentka MUDr. Zuzana Teremová na prezídiu informovala o probléme príspevkov autorov zverejňovaných na portáli i-med, ktoré Centrum vedecko-technických informácií (CVTI) neakceptuje, nakoľko príspevky nespĺňajú niektoré kritéria, napr. nie sú na portáli i-med verejne dostupné. Publikačnú činnosť zverejnenú na portáli i-med upravuje Vyhláška MŠVVaŠ SR č. 456/2012, par. 5, ods. 4. Viceprezidentka MUDr. Teremová navrhla v tomto smere stretnutie s CVTI a spoločne hľadať riešenie, ktoré by smerovalo k zabezpečeniu vyššej úrovne portálu i-med a záujmu autorov publikovať na ňom. Členovia Prezídia SLK rozdiskutovali tiež financovanie prístupu na portál i-med. Doc. MUDr. Vician, CSc., vysvetlil proces publikačnej činnosti, informoval o stanovených kritériách hodnotenia príspevkov, o komisiách, ktoré hodnotia publikačnú činnosť, napr. u PhD. alebo docentúr, a súvislosti s uverejňovaním odborných príspevkov CTVI.

### 11. 8. List vedeniu ÚDZS

Prezident SLK listom požiadal zastupujúceho riaditeľa ÚDZS Ing. Jána Kohútika o pracovné stretnutie. Dôvodom boli opakované sťažnosti a nejasné, ba až nešťastné vyjadrenia zo strany úradu týkajúce sa informácií o pridelovaní kódov lekárom či obhliadok mŕtvych. K stretnutiu oboch strán došlo začiatkom septembra, kde si navzájom vyjasnili svoje postoje a dohodli sa na ďalšej spolupráci aj stretnutí.

### 18. 8. Slovenská lekárska komora usporiadala tlačovú konferenciu v súvislosti s vyjadreniami premiéra Igora Matoviča, ktorý pri odmeňovaní za prvú vlnu pandémie zámerne vynechal lekárov

Prezident na tlačovej konferencii hneď v úvode zdôraznil, že nemá byť o peniazoch, ktoré štát plánuje rozdeliť, ale poukázal na to, že premiér svojimi výroky a vedomým vynechaním lekárov dehonestoval lekársky stav.

„SLK nemôže pri takýchto vyjadreniach, smerujúcich k dehonestácii práce lekárov a ich profesie, mlčať! Nejde nám o odmeny, ide nám o to, aby si premiér tejto krajiny uvedomil dôležitosť povolania lekár a aspoň symbolicky im poďakoval. Tak, ako to robili počas celej pandémie na tlačovkách, kde sa predhánali v poklonách zdravotníkom. Pretože v kontexte dnešných vyjadrení to naozaj vyznieva ako hrubé pokrytectvo,“ povedal na tlačovke prezident SLK, MUDr. Marian Kollár. Zároveň vyzval premiéra, aby sa ospravedlnil všetkým lekárom a aby sa spolu s ministrom zdravotníctva konečne začali venovať aj reforme slovenského zdravotníctva. Ako to dopadlo, všetci vieme – premiér sa ospravedlniť odmietol, lebo vraj nie je začo... Vraj si myslel, že odmeny pre lekárov pôjdu z iného balíka. Čo na tom, že to nie je pravda? Mimochodom, ani začiatkom septembra ešte nebolo jasné, koľko a kto vlastne zo zdravotníckych pracovníkov odmeny dostane. Prítom u hasičov či policajtov boli jasné sumy už koncom augusta. Smutné...

### Zruší nám korona volebný snem?

Najbližší snem Slovenskej lekárskej komory, na ktorom by sa malo voliť vedenie profesijnej organizácie lekárov, je plánovaný v dňoch 4. – 5. 12. 2020 v priestoroch hotela Saffron v Bratislave. Jeho súčasťou bude aj predsňemové zasadnutie Prezídia a Rady SLK, ktoré budú deň pred začiatkom snemu, a to vo štvrtok 3. 12. 2020. Všetko však závisí od epidemiologickej situácie v súvislosti s koronavírusom. Aktuálne informácie budeme prinášať na našom webe lekom.sk či facebookovej stránke.





# DOHODY

## *o zvyšovaní kvalifikácie*

S dohodami o zvyšovaní kvalifikácie (stabilizačnými dohodami) sa stretávajú takmer všetci lekári zaradení do špecializačnej prípravy, keďže zamestnávateľa spravidla podmieňujú umožnenie zvýšenia kvalifikácie (nadobudnutie špecializácie) uzatvorením dohody o zvyšovaní kvalifikácie. V článku sa preto budeme venovať povinnostiam zamestnávateľov a zamestnancov pri zvyšovaní kvalifikácie, náležitostiam dohôd o zvyšovaní kvalifikácie a niektorým problematickým praktickým otázkam.

Podstatou dohody o zvyšovaní kvalifikácie je záväzok zamestnávateľa umožniť zamestnancovi zvýšenie kvalifikácie poskytovaním pracovného voľna, náhrady mzdy a úhrady ďalších nákladov spojených so štúdiom (študijné poplatky) a záväzok zamestnanca zotrvať po skončení štúdia u zamestnávateľa určitý čas v pracovnom pomere, alebo mu uhradiť náklady spojené so štúdiom, a to aj vtedy, keď zamestnanec skončí pracovný pomer pred skončením štúdia.

Zvyšovanie kvalifikácie nie je povinnosťou zamestnanca, v dôsledku toho zamestnávateľ nemôže právne relevantne zamestnancovi nariadiť zvyšovať si kvalifikáciu. Prípadné odmietnutie príkazu zamestnávateľa

zamestnancom na zvýšenie kvalifikácie preto nemôže kvalifikovať ako porušenie pracovnej disciplíny a vyvodzovať z toho žiadne právne následky.

Zamestnávateľ a zamestnanec nie sú povinní uzavrieť dohodu o zvýšení kvalifikácie. Ak sa zamestnávateľ z vlastnej vôle rozhodne poskytovať zamestnancovi potrebné pracovné voľno, prípadne sa rozhodne zamestnancovi poskytovať náhradu mzdy alebo hradiť iné náklady súvisiace so zvyšovaním kvalifikácie, nemusí trvať na uzatvorení dohody. Na druhej strane zamestnávateľ bez uzatvorenia dohody o zvyšovaní kvalifikácie prichádza o možnosť kompenzácie vynaložených nákladov v podobe záväzku zamestnanca zotrvať u zamestnávateľa v pracovnom pomere, resp. záväzku náhrady vynaložených nákladov.

Zákonník práce ustanovuje obligatórnu písomnú formu dohody o zvyšovaní kvalifikácie. Nedodržanie písomnej formy spôsobuje neplatnosť dohody o zvyšovaní kvalifikácie. Neplatnosť dohody je na ťarchu zamestnávateľa, nakoľko zamestnanec nemusí zotrvať v pracovnom pomere dohodnutú dobu a ani nie je povinný nahradiť zamestnávateľovi náklady vynalo-

žené zamestnávateľom na jeho zvyšovanie kvalifikácie. Žiadne ustanovenie Zákonníka práce a ani iného právneho predpisu nebráni v uzavretí takejto dohody aj počas trvania štúdia.

**DOHODA O ZVYŠOVANÍ KVALIFIKÁCIE MUSÍ OBSAHOVAŤ:**

- druh kvalifikácie a spôsob jej zvýšenia,
- študijný odbor a označenie školy,
- dobu, po ktorú sa zamestnanec zaväzuje zotrvať u zamestnávateľa v pracovnom pomere,
- druhy nákladov a ich celkovú sumu, ktorú bude zamestnanec povinný uhradiť zamestnávateľovi, ak nesplní svoj záväzok zotrvať u neho v pracovnom pomere počas dohodnutej doby.

Absencia niektorej náležitosti dohody rovnako ako nedostatok písomnej formy spôsobuje neplatnosť.

Celková dohodnutá doba zotrvania v pracovnom pomere nesmie prekročiť päť rokov. **Dohodnutá doba trvania stabilizačného záväzku má byť primeraná dĺžke štúdia, jeho druhu, významu, výške vynaložených nákladov, inak povedané - má spĺňať kritérium primeranosti.** Ak zamestnanec splní svoj záväzok iba sčasti, povinnosť nahradiť náklady sa pomerne zníži. Do doby zotrvania v pracovnom pomere sa nezapočítava čas výkonu mimoriadnej služby v období krízovej situácie alebo alternatívnej služby v čase vojny a vojnového stavu, materskej dovolenky a rodičovskej dovolenky a čas neprítomnosti v práci z dôvodu výkonu nepodmienečného trestu odňatia slobody a väzby, ak došlo k právoplatnému odsúdeniu. Záväzok zamestnanca zotrvať v pracovnom pomere ale neznamená, že sa zamestnanec vzdáva práva pracovný pomer ukončiť pred uplynutím dohodnutej doby. Zamestnancovi zostáva zachované právo skončiť pracovný pomer či už dohodou, výpoveďou, alebo okamžitým skončením pracovného pomeru.

Právnym následkom nesplnenia záväzku zamestnanca zotrvať u zamestnávateľa je vznik povinnosti zamestnanca uhradiť zamestnávateľovi náklady, ktoré vynaložil v súvislosti so zvyšovaním kvalifikácie zamestnanca. Táto povinnosť ale nevzniká v prípade predčasného skončenia štúdia, a to ani vtedy, ak k ukončeniu štúdia došlo z dôvodu na strane zamestnanca.

Celkovú sumu, ktorú bude zamestnanec povinný uhradiť zamestnávateľovi, ak nesplní svoj záväzok zotrvať u neho v pracovnom pomere počas dohodnutej doby, je problematické pri uzatváraní dohody presne určiť vzhľadom na dĺžku trvania špecializačného štúdia. Náklady na štúdium sa vplyvom inflácie, prípadne vplyvom ďalších skutočností môžu meniť (zvýšenie



nákladov na dopravu, ubytovanie). V tejto súvislosti sa v odbornej literatúre uvádza, že najvyššiu celkovú sumu, do ktorej možno od pracovníka požadovať náhradu nákladov vynaložených na zvyšovanie kvalifikácie, možno uviesť v dohode aj iným spôsobom, ako číselným vyjadrením určitej sumy; stačí, ak je uvedená tak určito, že nemôžu vzniknúť pochybnosti o tom, čo chceli účastníci dohodnúť.

**POVINNOSŤ ZAMESTNANCA NA ÚHRADU NÁKLADOV NEVZNIKÁ, NAJMÄ AK:**

- zamestnávateľ v priebehu zvyšovania kvalifikácie zastavil poskytovanie pracovného voľna a náhrady mzdy, pretože sa zamestnanec bez svojho zavinenia stal dlhodobo nespôsobilý na výkon práce, pre ktorú si zvyšoval kvalifikáciu,
- pracovný pomer sa skončil výpoveďou danou zamestnávateľom z dôvodov zrušenia zamestnávateľa

alebo premiestnenia zamestnávateľa alebo pre nadbytočnosť alebo dohodou z tých istých dôvodov,

- zamestnanec nemôže vykonávať podľa lekárskeho posudku prácu, pre ktorú si zvyšoval kvalifikáciu, prípadne stratil dlhodobo spôsobilosť vykonávať ďalej doterajšiu prácu vzhľadom na svoj zdravotný stav podľa lekárskeho posudku, alebo ak ju nesmie vykonávať pre chorobu z povolania alebo pre ohrozenie touto chorobou, alebo ak na pracovisku dosiahol najvyššiu prípustnú

expozíciu určenú rozhodnutím príslušného orgánu verejného zdravotníctva,

- zamestnávateľ nevyužíval v posledných 12 mesiacoch počas najmenej šiestich mesiacov kvalifikáciu, ktorú si zamestnanec zvýšil,
- zamestnávateľ porušil ustanovenia Zákonníka práce vo vzťahu k zamestnancovi, ktorý vykonáva zdravotnícke povolanie a toto porušenie bolo zistené príslušným inšpektorátom práce a právoplatne o ňom rozhodol súd.

Zákonník medzi dôvodmi, keď povinnosť zamestnanca na náhradu nákladov nevzniká, výslovne neuvádza skončenia pracovného pomeru okamžitým skončením pracovného pomeru zo strany zamestnávateľa, avšak nakoľko predpokladom okamžitého skončenia pracovného pomeru je porušenie povinností zamestnávateľom, resp. ohrozenia života a zdravia zamestnanca, máme za to, že od zamestnanca nemožno spravodlivo v takomto prípade požadovať úhradu nákladov. Zamestnávateľ a zamestnanec si v dohode môžu dohodnúť ďalšie dôvody, pri splnení ktorých zamestnancovi pri nedodržaní stabilizačnej doby nevzniká povinnosť úhrady nákladov; prípadne ďalšie dôvody môžu byť vymedzené v kolektívnej zmluve.





### PROBLÉMY DOHÔD V PRAXI

V praxi nie je ojedinelé, že zamestnávateľia (spravidla nemocnice) sa v dohode síce zaviazajú zamestnancovi poskytovať pracovné voľno v rozsahu potrebnom na absolvovanie špecializačného štúdia, avšak reálne tieto záväzky nedodržiavajú. Zamestnanci tak proti svojej vôli z dôvodu, že ich zamestnávateľ neuvolňuje na špecializačné štúdium, prekračujú stanovenú dĺžku štúdia. Riešením tejto situácie je, aby zamestnanci v dohode požadovali uviesť záväzok zamestnávateľa poskytovať pracovné voľno tak, aby zamestnanec neprekročil štandardnú dĺžku trvania špecializačného štúdia ustanovenú pre dané špecializačné štúdium, zamestnanec mohol vykonať špecializačnú skúšku v prvom termíne určenom vzdelávacou ustanovizňou po ukončení špecializačnej prípravy a zároveň v dohode upraviť, že zamestnanec nebude mať povinnosť zamestnancovi nahradiť náklady v prípade, ak zamestnávateľ tento záväzok poruší.

### **Ďalším častým problémom je vyčíslenie náhrady nákladov, ktoré je zamestnanec povinný zaplatiť zamestnávateľovi v prípade, ak nedodrží záväzok zotrvať v pracovnom pomere po dohodnutú dobu.**

Zamestnávateľia si voči zamestnancom uplatňujú aj náhradu mzdy spolu s odvodmi za čas, keď zamestnanec vykonával praktickú časť špecializačnej prípravy v inom zdravotníckom zariadení. Podľa nášho názoru je takýto postup nesprávny. Je potrebné si uvedomiť, že aj počas výkonu praxe v inom zdravotníckom zariadení lekár, účastník dohody o zvyšovaní kvalifikácie, vykonáva prácu – povolanie lekára; zvyšovanie kvalifikácie je absolvované výkonom práce. Náhrada mzdy zamestnávateľovi by de facto znamenala, že lekár by v konečnom dôsledku za výkon závislej práce (aj keď v inom zdravotníckom zariadení) nedostal žiadnu odmenu, čo považujeme za neakceptovateľné. V zmysle základných zásad Zákonníka práce zamestnanci majú právo na mzdu za vykonanú prácu; právo na odmenu za vykonanú prácu je ústavne garantovaným právom. Odmena za výkon praxe počas výkonu špecializovaného

štúdia prináleží lekárom aj podľa Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií, v zmysle ktorej výkon špecializačnej prípravy je odmeňovaný (čl. 25 ods. 3). Rovnako tak česká právna úprava výslovne ustanovuje, že špecializované vzdelávanie prebieha ako celodenná príprava v akreditovaných zariadeniach v rozsahu zodpovedajúcom stanovenej týždennej pracovnej dobe a je odmeňované.

Vzhľadom na vyššie uvedené zastávame názor, že za výkon práce v rámci praktickej časti špecializačnej prípravy v inom zdravotníckom zariadení nemá byť zamestnancovi poskytovaná náhrada mzdy, ale zamestnancovi má zamestnávateľ uhrádzať mzdu, a to na základe, že zamestnanec vyšle zamestnanca na pracovnú cestu na iné pracovisko alebo na základe dohody medzi zamestnávateľom a prevádzkovateľom iného pracoviska o dočasnom pridelení zamestnanca tomuto prevádzkovateľovi. V tejto súvislosti upriamujeme pozornosť na rozhodnutie Okresného súdu Zvolen. Okresný súd Zvolen vo svojom rozhodnutí zamietol nárok zamestnávateľa na náhradu mzdy uplatňovaný voči lekárovi, ktorý nedodržel záväzok zotrvať v pracovnom pomere po dohodnutú dobu. Súd v rozhodnutí poukázal na to, že medzi zamestnávateľom a prevádzkovateľom iného zdravotníckeho zariadenia bola uzatvorená dohoda o dočasnom pridelení zamestnanca s cieľom absolvovania odbornej praxe zamestnanca a zamestnancovi teda nebolo poskytované pracovné voľno s náhradou mzdy, ale bola vyplatená mzda za výkon práce u užívateľského zamestnávateľa.

Záverom odporúčame všetkým lekárom, ktorí z akéhokoľvek dôvodu nedodržia stabilizačný záväzok, aby venovali náležitú pozornosť výške nákladov, ktoré si voči nim zamestnávateľ bude uplatňovať. Netreba sa uspokojiť len s oznámením konkrétnej sumy na úhradu, treba žiadať podrobné vyčíslenie sumy tak, aby relevantnosť uplatňovaných nákladov bola preskúmateľná.

## Nové detské kardiocentrum už túto jeseň privíta prvých pacientov, tešia sa naň aj lekári

# PRILÁKA MLADÝCH?

Foto: Nancy Závodská a archív DKC

Po dlhých desaťročiach v provizórnych prenajatých priestoroch sa predsa len dočkali. Nové detské kardiocentrum, ktoré vyrástlo ako súčasť pristavaného pavilónu Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb v Bratislave, už v novembri otvorí svoje brány. Tešia sa naň nielen pacienti, ale aj doktori. Ani sa im nemožno čudovať.

### DÔSTOJNÉ A ŠPIČKOVO VYBAVENÉ

Od roku 1993 sídlilo Detské kardiocentrum v prenajatých priestoroch Detskej fakultnej nemocnice na Kramároch (neskôr premenovanej na Národný ústav detských chorôb). Ich pracovisko bolo vtedy rozdelené na viacerých poschodiach, napríklad anesteziologicko-resuscitačné oddelenie v podzemí (na -2. posch.), čo bolo pri akútnych stavoch na JIS a oddeleniach na 5. poschodí veľmi nepraktické, keď bol anesteziológ odkázaný na výťah...

Také niečo sa už v prípade nového DKC nestane – jednotlivé oddelenia sú tu umiestnené podľa logického toku starostlivosti, vedľa operačných sál sú oddelenia pooperačnej starostlivosti, JIS aj hybridné katetrizačné pracovisko.

„Tieto nové priestory sú jedným z najväčších benefitov,“ hovorí MUDr. Martin Záhorec, PhD., primár kardiologického oddelenia v DKC. „Konečne to bude mať konzistentný tvar s návaznosťou tak, aby to pre pacienta a personál bolo čo najlepšie. Priestory sú aj oveľa väčšie – či už sály, izby, ale aj chodby, ambulancie sú krajšie, takže pre pacienta aj pre lekárov to má nielen technický, ale aj psychologický benefit. Pacienti, ich rodiny, ale aj zdravotníci si zaslúžia dôstojnejšie priestory.“

A tie aj dostanú. Nové veľké priestory dýchajú čistotou, sú svetlé, na stenách chodieb svietia nakreslené detské rozprávkové postavičky, v izbách je zatiaľ iba zopár postelí, pomaly sa zariaďujú aj ambulancie či operačky. Špecializované sály a pracoviská majú dokonca okná s výhľadom! Áno, aj takáto, na prvý pohľad samozrejme vec nebola v pôvodnom kardiocentre možná. Špecialisti tak budú môcť konečne pracovať aj na dennom svetle.

### Nové Detské kardiocentrum

Ide o špičkové pracovisko, ktoré bude patriť medzi najmodernejšie zariadenia svojho druhu v Európe. Nové detské kardiocentrum, ktoré stálo vyše 20 miliónov eur, by malo mať približne 60 lôžok. Bude mať ambulatnú časť, dve kardiouchirurgické sály, jednu hybridnú katetrizačnú a elektrofyziologickú sálu a ďalšie priestory, napríklad na výučbu medikov. Nebude chýbať ani hotelové ubytovanie pre rodičov detí s kapacitou 18 lôžok. Súčasťou projektu sú aj podzemné garáže, vďaka ktorým sa výrazne rozšíria parkovacie možnosti.

„Veľmi sa tešíme, keď sa už presťahujeme,“ pridáva sa k dr. Záhorcovi aj MUDr. Viera Illíková, PhD., vedúca lekárka úseku porúch rytmu a kardiostimulácie v DKC. Ako vraví, druhým obrovským benefitom nového pracoviska bude jeho technické vybavenie. Lekári získajú okrem iného aj najmodernejšie CT a NMR, ktoré bude špeciálne zamerané na kardiopacientov. V Bratislave je totiž síce NMR pracovísk dosť, ale potrebný kardioprogram či špecialisti, ktorí by vedeli tieto stavy na NMR

odborne popísať, chýbajú. A tak museli malých pacientov v ťažkých stavoch vozit' mimo Bratislavu!

„Je to hanba, že potrebný kardioprogram tu NMR nemajú a my preto malé detičky vozíme do Trnavy,“ priznáva otvorene dr. Záhorec. „Viete si predstaviť, čo to znamená pre detského pacienta, keď ho v ťažkých stavoch musíme prevážať. A problém je potom aj to, že lekári sú niekoľko hodín viazaní – musia ísť s pacientom tam aj späť, preto hovorím, že nové priestory poskytnú kvalitatívne obrovský rozdiel.“

Netýka sa to len nového CT či NMR, ale kvalitatívne a technicky lepšie vybavené budú aj nové katetrizačné či elektrofyziologické sály. Všetko na svetovej úrovni.

„Napríklad teraz realizujeme katérové ablácie u detí v Národnom ústave srdcových a cievnych chorôb, kde sú k dispozícii trojrozmerné mapovacie systémy s presnejšou identifikáciou substrátu arytmie a súčasne šetriace použitie RTG žiarenia,“ hovorí dr. Illíková. „V novej budove ich budeme mať už v našej hybridnej katetrizačnej sále, kde budeme môcť realizovať katérové ablácie detí aj operačné výkony spolu s katetrizačnými. Okrem jednoznačného benefitu pre pacienta to navyše uvoľní aj kapacity, pretože takto sme často blokovali dospelých pacientov, alebo sme, naopak, predlžovali našu čakaciu listinu.“



Detské kardiocentrum začali stavať v roku 2017.



Nový pavilón DKC je súčasťou budovy Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb v Bratislave, pred vchodom je symbolicky umiestnené veľké srdce s údajmi o stavbe.



Terasa nového DKC poskytuje nádherný výhľad na Bratislavu.



## SPOLUPRÁCA S NÚSCH - ĎALŠÍ BENEFIT

Hoci spolupráca detských kardiológov s odborníkmi na dospelú kardiológiu v NÚSCH-u funguje už teraz, po presťahovaní sa do nového pavilónu bude pre obe strany ešte jednoduchšia a užšia. A profitovať z nej budú všetci.

„Za tých 25 rokov našej činnosti už naši pacienti dospeli a potrebujú kontrolu u kardiológov pre dospelých – takže spolupráca je a bude čoraz nevyhnutnejšia,“ hovorí MUDr. Záhorec. Keďže dospelí kardiológovia doteraz nezažívali pacientov s toľkými a takými kardioporuchami, ktoré sa dnes už úspešne dajú operovať, spolupráca pri takýchto pacientoch bude v novom centre jednoduchšia. „My budeme pre nich dôležití, aby sme im poskytli potrebné informácie, a oni zase pomôžu nám, lebo my dospelých pacientov liečiť nevieme,“ približuje dr. Záhorec.

Len pre ilustráciu zopár dôležitých čísel – kým napríklad v 80-tych rokoch boli úmrtia novorodencov na vrodené srdcové chyby zhruba na úrovni vyše 20 %, dnes sa toto číslo vďaka novým liečebným, operačným a diagnostickým postupom, znalostiam i technike znížilo na približne 3 – 5 %. Logicky tak narástol aj počet dnes už dospelých „kardiakov“, ktorých musia od detských kardiológov prebrať ich kolegovia z NÚSCH-u.

## CHÝBAJÚ LEKÁRI AJ SESTRY

Ako to už na Slovensku a zvlášť v zdravotníctve chodí, aj odborníci v detskom kardiocentre zápasia s problémami. Tie sa však, paradoxne, netýkajú peňazí, hoci tých nikdy nie je dosť, ale druhého najväčšieho problému u nás – zdravotníckeho personálu. V prípade detského kardiocentra je však situácia trochu špecifická.

„Nepovedal by som, že nám chýbajú lekári – nám chýbajú atestovaní kardiológovia. Momentálne totiž prebieha generáčnna výmena, ale kým sa mladý lekár stane naozaj špecialistom, tak to trvá niekoľko rokov,“ vysvetľuje dr. Záhorec. „Pediatria 4 roky, kardiológia 3 roky... Takže teraz skôr trpíme tým, že síce mladých lekárov máme, ale kým naberú potrebné kompetencie, tak to potrvá. A potom je tu, samozrejme, aj otázka, koľkí z nich u nás ostanú.“

Iná situácia je so zdravotnými sestrami, ktorých je citelný nedostatok, tak ako v celom našom zdravotníctve. Aj v detskom kardiocentre chýbajú stále viac a viac. Dôvody sú jasné – náročná práca, nižšie odmeňovanie ako v západných krajinách a fakt, že mnohé sestry s VŠ vzdelaním si podobné peniaze jednoduchšie zarobia inde. A tak odchádzajú. Práca zdravotnej sestry pri deťoch s ochorením srdca je navyše mimoriadne náročná, stresujúca a nie všetky si na ňu trúfajú. Navyše, svoju úlohu tu zohráva aj celkové ekonomicko-spoločenské postavenie sestier v našej spoločnosti.

Pre objektivitu však treba povedať, že problém s nedostatkom zdravotných sestier je problémom v celej Európe, najmä vo východnej. Svoju osobnú skúsenosť pridáva aj dr. Illíková:

„Vo Varšave majú napríklad krásne nové kardiocentrum, ale otvorená je iba polovica, pretože im chýbajú sestry aj lekári. Aj v Česku majú podobné problémy.“ Dôvodom je podľa nej, okrem spomínaného postavenia či peňazí, aj celková atmosféra v zdravotníctve a pracovné podmienky. „Na Západe sú jednoznačne kolegiálnejšie vzťahy, nevládne tam taká arogancia,“ otvorene hovorí dr. Illíková.



Nové kardiocentrum je priestrané a svetlé, na chodbách a v izbách nechýbajú aj nakreslené postavičky z rozprávok.



## Čísla a fakty

**60 000**

detí sa približne každoročne rodí na Slovensku

**400 – 600**

detí sa rodí so srdcovou chybou (0,5 – 1%)

**300**

detí potrebuje každoročne operáciu v DKC

**200 – 260**

detí ročne potrebuje katetrizáciu

**50 – 70**

detí ročne podstúpi liečbu porúch rytmu abláciou

**3 – 4 %**

je operačná úmrtnosť detí so srdcovou chybou

**8 000**

ambulantných vyšetrení urobia detskí kardiológovia ročne

**900**

kardiologických hospitalizácií, vrátane arytmií a JIS, majú ročne v DKC

**20 000 000 €**

stálo nové DKC



Pridáva sa k nej aj dr. Záhorec: „Súhlasím s tým, čo nedávno povedal štátny tajomník rezortu Peter Stachura, že problémom v slovenskom zdravotníctve sú vedúci pracovníci. Tí totiž vytvárajú firemnú kultúru – buď vytvoria prajné prostredie pre mladých lekárov, lebo mladí majú ambície niečo v medicíne dosiahnuť, alebo nie. A potom odchádzajú do zahraničia. Pretože nie vždy je to o peniazoch. A to je naša veľká úloha – zušľachťovať prostredie pre mladých. Pevne verím, že naše nové kardiocentrum je presne tou správnou cestou,“ dúfa dr. Záhorec.

## KAM ZMIZLI RAJÓNNI DETSKÍ KARDIOLÓGOVIA?

Lekári v Detskom kardiocentre zápasia aj s ďalším problémom, a to s nedostatkom rajónnych detských kardiológov, hlavne nemocničných, ale aj ambulatných v niektorých regiónoch Slovenska. Po potrebných operáciách a hospitalizácii v DKC by mal totiž po prepustení z nemocnice malého pacienta prebrať do svojej starostlivosti rajónny kardiológ. A to môže byť problém.

„Je to naozaj veľký problém,“ súhlasí dr. Illíková. „Ten však majú s rajónnou sieťou aj ostatní detskí špecialisti. Najväčším problémom sú nemocniční kardiológovia. Stáva sa, že novorodenca s podozrením na srdcovú chybu nemá kto odborne vyšetriť a musí byť prevezený do DKC...“

Hoci detských pacientov či novorodencov s vrodenými poruchami nepribúda každým rokom viac, faktom je, že dnes sú lekári oveľa ďalej ako kedysi a mnohé veci vedia odhaliť dokonca ešte v prenatálnom období. Aj tu však narážajú na problém. „Chcelo by to väčšiu a užšiu spoluprácu s gyneko-



MUDr. Vierka Illíková, PhD., vedúca lekárka úseku porúch rytmu a kardiostimulácie v DKC a MUDr. Martin Záhorec, PhD., primár kardiologického oddelenia v DKC.



Špecializované pracoviská sa zariaďujú postupne, od novembra by už malo byť všetko v plnej prevádzke.





Koncom júna sa do nových priestorov prišiel pozrieť aj minister zdravotníctva Marek Krajčí.

lógmi, ktorí by mali byť tým prvým filtrom, ak sa im niečo na ultrazvuku z kardiologického pohľadu nepozdáva," hovorí dr. Záhorec. „Medicína sa v tomto smere veľmi posunula dopredu, a tak sa snažíme aj my dozvedať lekárov, aby dokázali odchýlky odhaliť včas a poslať ich podľa potreby k nám. Podľa stavu potom vieme posúdiť, či je nutné, aby mamička porodila v Bratislave, aby sme dieťaťko hneď mohli prebrať my, alebo nie.“

### VÝZVY DO BUDÚCNOSTI

Práve spomínané vzdelávanie gynekológov je jednou z výziev, ktorá pred odborníkmi z kardiocentra stojí. Tou druhou je tzv. následná starostlivosť – celostný, holistický prístup k pacientovi. „Naším cieľom je nielen odoperovať, ale venovať sa pacientovi v podstate celý život – tak je nastavená moderná detská kardiológia. My nechceme vyrábať invalidov pre spoločnosť, ale pomáhať našim pacientom naplno žiť aj po vážnych operáciách srdca,“ vysvetľuje dr. Záhorec.

Komplexnejšiu zdravotnú starostlivosť, ktorá začína hospitalizáciou a pokračuje celé roky ďalej, by malo pomôcť zabezpečiť aj tzv. Integrované centrum, ktorého vybavenie zabezpečí Nadácia DKC. „Bude súčasťou nového Detského kardiocentra a budú sa v ňom striedať rôzni špecialisti z interdisciplinárnych zložiek – liečebný pedagóg, psychológ, logopéd, neurológ a ďalší. Pacienti s vrodenými srdcovými chybami totiž potrebujú celoživotnú starostlivosť na to, aby mohli viesť kvalitný život.

A údaje z vyspelého zahraničia ukazujú, že sa to dá,“ prízvukuje dr. Illíková.

„Vo viacerých častiach Slovenska v tejto oblasti už funguje výborný projekt tímu našej Nadácie DKC ‚Žijem naplno‘ – sú doň zapojení liečební psychológovia, ktorí chodia do rodín a pomáhajú deťom a ich rodičom zapojiť sa do normálneho života. Školské zručnosti, koncentrácia, hyperaktívita – to všetko sú problémy, s ktorými niektoré deti zápasia. Často nie je postihnutý intelekt a systematický prístup od útleho veku im môže veľmi pomôcť. Treba si totiž uvedomiť, že náročné ťažké zákroky, ktoré musia podstúpiť, nechávajú na nich stopy. Samozrejme, nie vždy sa to musí prejavovať, ale často tie deti potrebujú špeciálnu starostlivosť,“ pridáva sa dr. Záhorec.

„Je málo špecialistov, ktorí sledujú, čo všetko vznikne po liečbe srdcových chýb, a tak chceme byť v tomto smere akýmiisi trendsettermi. Chceme zlepšiť monitorovanie pacientov, edukáciu lekárov, sledovať a robiť konečne aj štatistiky, ktoré sme doteraz nemali. Pretože doteraz to bolo skôr na individuálnej báze a práve to by sme chceli zlepšiť. Naša spoločnosť musí jednoduchým takýmto deťom pomáhať,“ uzatvára tému dr. Záhorec.

V nádherných priestoroch nového Detského kardiocentra budú mať lekári možnosť tieto svoje vízie naplniť. Tak im držíme palce. Aj všetkým malým bojovníkom, ktorí za bránami tohto centra dostanú šancu na kvalitnejší a krajší život.

*Pripravila: Nancy Závodská*

“

Je málo špecialistov, ktorí sledujú, čo všetko vznikne po liečbe srdcových chýb, a tak chceme byť v tomto smere akýmiisi trendsettermi.

”



# Lekári sú tu pre nás, VÚB banka je tu pre lekárov

**Nové firemné auto alebo modernizácia vašej ambulancie neboli nikdy jednoduchšie. VÚB banka podáva pomocnú ruku aj lekárom. Pre firemných zákazníkov, medzi ktorých patria aj lekárske praxe, sú k dispozícii naši bankovní špecialisti, ktorí vám pripravia ponuku na mieru.**

Ponuku produktov, ktoré slúžia na financovanie zdravotníckej techniky a úžitkových vozidiel, dlhodobo prispôbujeme požiadavkám lekárov. VÚB Leasing, naša dcérska spoločnosť, poskytuje komplexné služby nielen v oblasti financovania, ale aj v oblasti sprostredkovania poistenia.

## **Predschválený limit až do výšky 100 000 eur**

Predschválený limit môžete využiť na nákup zdravotníckej techniky, auta alebo na kombináciu oboch uvedených predmetov. Peniaze získate rýchlo, bez predkladania finančných výkazov a bez akýchkoľvek poplatkov či minimálnej doby podnikania. Pre členov ASL SR sme pripravili zvýhodnenú úrokovú sadzbu **už 3,19 % p.a.**

Pri financovaní výhradne zdravotníckej techniky platí do konca septembra špeciálna zvýhodnená úroková sadzba **od 2,49 % p.a.**

## **FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCKEJ TECHNIKY**

### **Finančný lízing a úver**

Ak vykonávate lekársku prax viac ako rok, na využitie predschváleného limitu nepotrebujete žiadne vlastné zdroje. Lekárom s praxou do 1 roka stačí akontácia vo výške 10 % z celkovej ceny predmetu. Finančný lízing je možné využiť pri financovaní prístrojov a zariadení, ktoré nie sú staršie ako 1 rok. **Bonusom je, že neplatíte žiadny spracovateľský poplatok a nepredkladáte finančné výkazy.**

### **Spätný lízing**

Kúpili ste si techniku, prístroj alebo nové zariadenie a vlastníte ho menej ako 1 rok? Vďaka spätnému lízingu vám predmety prefinancujeme a vy získate peniaze, ktoré môžete použiť na iný účel. Po zaplatení poslednej splátky sa stanete majiteľom zariadenia.

## **FINANCOVANIE OSOBNÝCH A ÚŽITKOVÝCH VOZIDIEL**

### **Finančný lízing a úver**

Lízing alebo úver môžete využiť pri financovaní nového, ako aj jazdeného vozidla. Jazdené vozidlo nesmie byť staršie ako dva roky. Pri nových vozidlách môžete využiť zvýhodnený úrok od 3,19 % p.a., v prípade jazdených vozidiel od 3,69 % p.a. Doba splatnosti je maximálne 5 rokov.

**V oboch prípadoch vám ponúkame zvýhodnený balík poistenia, neplatíte žiadnu vstupnú splátku a nemusíte dokladovať príjem!**

### **Operatívny lízing osobných motorových vozidiel do 3,5 t**

Za pravidelnú mesačnú splátku si len užívate bezstarostnú jazdu a tankujete. Navyše sa vám splátky započítavajú do nákladov, čo zjednodušuje riadenie finančného toku vášho podnikania. Po uplynutí doby splácania môžete auto vrátiť, odkúpiť za zvýhodnenú cenu, alebo si iba presadnúť do nového. Výhodou je, že nepotrebujete žiadne vlastné zdroje, nemusíte dokladovať príjmy a neplatíte vstupnú splátku. Doba prenájomu je 24 – 48 mesiacov.

Viac info nájdete na [www.vub.sk](http://www.vub.sk) a [www.vubleasing.sk](http://www.vubleasing.sk)

# Červenokrižiaci V AKCII



„Pribudli nám aktivity, ktoré sme za ostatných 50 rokov nerobili,“ hovorí na margo aktuálnej situácie v Slovenskom Červenom kríži jeho prezident doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.

**M**inulý rok sa pre Slovenský Červený kríž niesol v znamení storočnice, a tak sa o ňom písalo v médiách viac ako inokedy. Tento rok do činnosti našej najväčšej humanitárnej organizácie zasiahla, ako do celej spoločnosti, koronakríza.

## COVID OBMEDZIL DARCOVSTVO

„Od začiatku marca sme fungovali v trochu atypickom režime,“ povedal nám hneď na úvod nášho stretnutia prezident SČK doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD., s ktorým sme sa stretli v jedno horúce augustové poludnie v sídle organizácie v centre hlavného mesta. Hroziaca pandémia zasiahla najprv do najrozšírenejšej aktivity SČK, a to do darcovstva krvi. Každoročná Valentínska kvapka krvi, ktorá trvá vždy približne mesiac,

dostala totiž začiatkom marca stopku. Rovnako sa pre pandemické opatrenia rapídne znížil počet darcov – mladí, zdraví, ktorí sa vracali v tomto čase z dovolení, nemohli dva týždne z dôvodu novej nákazy darovať krv, tí starší sa zase obávali novej nákazy v preplnených čakárňach transfúzných staníc.

„Na začiatku pandémie sme mali naozaj veľký prepád darcovstva krvi, ale zase na druhej strane, keďže sa obmedzili operácie, nebola až taká veľká potreba, takže nevznikla žiadna katastrofická situácia,“ konštatuje MUDr. Dobiáš. Netrvalo však dlho a situácia sa dostala do normálu. Národná transfúzna služba aj hematologické oddelenia si upravili režim tak, aby mohli chodiť darcovia postupne a nestretávali sa vo veľkých skupinách pri odberoch, zaviedol sa aj systém, že darovaná krv sa na dva týždne odložila, až kým nebolo jasné, či darca nie je pozitívny na koronavírus.



V roku 2018 prezident súťažil v Žiline, kde sa stretli viacerí dobrovoľníci Červeného kríža.



Prezident Slovenského Červeného kríža doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.



## STARÉ ZNÁME AKTIVITY

Okrem darčovstva krvi, ktoré je od nepamäti späté s Červeným krížom, sa jeho členovia, ktorých má táto organizácia stále úctyhodných 50-tisíc (!), venovali aktivitám, ktoré vo svojom portfóliu nemajú už niekoľko desiatok rokov. O čo ide? Tak napríklad zdravotnícka osveta okolo očkovania či hygienických opatrení. Kým ešte napríklad pred 70-timi rokmi takúto osvetu očkovaniu proti tubere, pohlavným chorobám či kiahňam robili dobrovoľníci z Červeného kríža, v 50-tych rokoch túto úlohu prebral na seba štát. Stačil však príchod COVID-u a SČK začal byť znovu aktívny aj v tejto oblasti.

„Naši dobrovoľníci začali opäť robiť osvetu o očkovaní, hygienických opatreniach, robili filtre v nemocniciach, asistovali pri odberoch a podobne,“ hovorí MUDr. Dobiáš. Okrem toho sa im nakopila niekoľkonásobne ich „klasická“ robota, napríklad rozvozy obedov pre seniorov či sociálne slabších. Len pre ilustráciu, kým v bežnom režime zvyknú, trebárs, po Bratislave rozviezť okolo 80 obedov, počas pandémie koronavírusu to bolo okolo 800 obedov! Výrazne sa zvýšila aj činnosť týkajúca sa prevádzky domovov seniorov, azylových domov, klubov dôchodcov a podobne. Tam všade potrebovali slabí a zraniteľní ľudia viac pomoci ako inokedy.

„Jedinou výhodou bolo, že v tom čase boli zatvorené školy a mnohí ľudia pracovali na home office, takže dobrovoľníkov sme najmä z radov študentov mali oveľa viac,“ hovorí MUDr. Dobiáš. V opačnom prípade by asi nápor na ich služby zvládali oveľa ťažšie.

Na otázku, či tieto aktivity nejako koordinovali s krízovým štábom či ministerstvom zdravotníctva, krúti prezident hlavou. „Nie, to je všetko v našej réžii. Koordinujeme to s našimi regionálnymi spolkami, ktoré presne vedú, čo vo svojom regióne potrebujú. Každý má totiž iné požiadavky a potreby.“

## doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.

Prezident Slovenského Červeného kríža, vedúci Katedry urgentnej medicíny na Slovenskej zdravotníckej univerzite, profesionálny záchranár a súdny znalec na ministerstve spravodlivosti. Toto všetko stíha, hoci má na chrbte už sedem krížikov. Ako sám hovorí, preňho to nie je práca. „Ja si pestujem svoje koníčky.“

Na záchranke relaxuje od študentov, za katedrou si zase oddýchne od záchranky. A keď si potrebuje oddychnúť od oboch, tak sadne za počítač a píše...

## PROBLÉMOM SÚ ĽUDIA A FINANČIE

O problémoch, s ktorými Slovenský Červený kríž zápasí, nehovorí prezident rád. „Som zvyknutý vraviť o tom, čo robíme a nie vyplakávať, s čím sa boríme,“ hovorí. Ako to už na Slovensku býva, aj červenokrižiaci zápasia najmä s absenciou ľudí a financiami. Ak si totiž niekto myslí, že žijú z dotácií od štátu, je na omyle. Tie totiž tvoria len necelých 10 % z ich príjmov. A aj tu treba povedať, že pred šiestimi rokmi sa štátna dotácia scvrkla z 1,5 milióna eur na 600-tisíc ročne. „Nesťažujem si, nahradili sme to z iných príjmov,“ hovorí prezident. K tým iným príjmom patria predovšetkým 2 % z daní, veľkým zdrojom sú sociálne aktivity, na ktoré prispievajú župy a mestá, a v ostatnom čase sú to najmä darcovia. Tých za ostatné roky pribudol naozaj slušný počet, a to najmä z radov veľkých firiem. Prezident SČK uznáva, že k tomu dopomohol aj zlepšený imidž organizácie. Ako sa im to podarilo?

„Každodennou drobnou prácou tých 50-tisíc dobrovoľníkov a 500 zamestnancov, ktorých máme,“ myslí si prezident. Faktom je, že so SČK sa nespájajú žiadne kauzy či škandály, organizácia je zárukou, že dary pôjdu tam, kam majú. „To, že sa



Červený kríž usporadúva kurzy aj pre mladých medikov.

# 7 PRINCÍPOV Červeného kríža

Ľudskosť, nestrannosť, neutralita, nezávislosť, dobrovoľná služba, jednota a svetovosť sú siedmimi základnými princípmi ČK. Tieto, na pohľad jednoduché slová, vyjadrujú dôvod existencie celého Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca.

Základné princípy boli schválené XX. Medzinárodnou konferenciou Červeného kríža v októbri 1965 vo Viedni:

*Ľudskosť*

Medzinárodné hnutie Červeného kríža sa zrodilo z túžby poskytovať pomoc bez diskriminácie všetkým raneným na bojiskách. Usiluje sa v národnom a medzinárodnom meradle zmierňovať utrpenie a predchádzať mu, kdekoľvek sa vyskytne. Cieľom hnutia je chrániť zdravie, život a vysoko si vážiť a ctiť človeka. Podporuje vzájomné porozumenie, spoluprácu a trvalý mier medzi národmi.





Prezident SČK bez problémov vyberie stehy aj v kancelárii, ak je treba.

s nami nespájajú žiadne škandály, zrejme tiež prispelo k tomu, že sa na nás firmy obracajú a pomáhajú nám. Keby mi niekto pred 15-timi rokmi povedal, že niekto nám dá len tak napríklad 37 áut ešte aj so zimnými pneumatikami, asi by som sa dva dni smial. A dnes je to, chvalabohu, naozaj realita.“

### TYPICKÉ SLOVENSKO

Na celom svete je spolu 192 národných organizácií Červeného kríža a Červeného polmesiaca (v moslimských krajinách). Pred pár týždňami medzi seba prijali napríklad Bhután, a tak dnes možno s hrdosťou povedať, že s výnimkou dvoch malých ostrovných štátikov v Mikronézii sú červenokrižiaci v každej krajine našej zeme. Výnimkou je iba Vatikán.

„Spolupráca funguje veľmi dobre,“ hovorí prezident Dobiáš. S trochou humoru môžeme povedať, že vzťahy sú až na úrovni akejsi špionáže. „Ak by sme chceli, povedzme, odkopírovať činnosť kolegov v niektorej inej krajine, napríklad ak robia aktivity, ktoré sme my ešte nerobili, tak mi stačí zatelefonovať príslušnému prezidentovi Červeného kríža a do dvoch hodín máme kompletné know-how na stole.“ Tak tomu sa povie spolupráca.

Inak, škoda že si nemôžeme zobrať príklad trebárs od našich susedov, Rakúšanov. Tamojší Červený kríž tam napríklad prevádzkuje aj transfúzne stanice, niekoľko veľkých nemocníc a svojich pracovníkov majú aj v zahraničí. Švajčiari zase

prevádzkujú leteckú záchrannú službu. Mimochodom, záchranky sú v mnohých vyspelých krajinách Európy práve v rukách Červeného kríža. Škoda, že u nás tento model skončil v roku 1952, keď záchranky červenokrižiacom odobrali a znárodnili. Po revolúcii sa už k tomu nedalo vrátiť, a tak si ich postupne prehadzovali tí, ktorí boli pri moci. A dnes to tak aj vyzerá – podozrenia na záhadné tendre, pochybné obstarávanie, nejasné pozadie skupín a k tomu strach bežných pacientov, či vôbec nejaká záchranka príde... (Poznámka na vysvetlenie: žiadne nelegálne postupy neboli zistené.)

### TAK TO UŽ NA SLOVENSKU CHODÍ

Prezident SČK, ktorý je zároveň aj známym profesionálnym záchranárom, je však optimista. Za svojich pacientov sa dokáže biť ako lev. A verte, že niekedy padajú aj tvrdé slová. Ako napríklad pár dní pred našim stretnutím, keď bol v službe a zachraňoval mladého motorkára. Hoci muž havaroval iba tri minúty od nemocnice, trvalo takmer štyri hodiny, kým sa dostal na operačný stôl so zlomeninou stehennej kosti. Celý ten čas si ho totiž nemocnice prehadzovali medzi sebou... A doktor Dobiáš zúrilo, vybavoval vrtuľník, vozil pacienta z jedného mesta do druhého.

„Bol to extrémny prípad, nestáva sa to síce často, ale zasa ani taká rarita to nie je...“ povedal na záver. Ale s úsmevom. Lebo ten je niekedy jediným liekom. Aj pre toho pacienta, ktorý leží na nosidlách a čaká.

Pripravila: Nancy Závodská

### Charakteristika Červeného kríža

SČK je spolu s ďalšími národnými spoločnosťami v 192 krajinách sveta súčasťou Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca, ktoré združuje viac ako 100 miliónov členov, dobrovoľníkov a podporovateľov. Toto hnutie je najväčšou svetovou humanitárnou organizáciou, ktorá poskytuje pomoc bez ohľadu na národnosť, jazyk, rasu, náboženské presvedčenie a politické názory.

## Nestrannosť

Červený kríž nerobí rozdiel medzi štátnou príslušnosťou, rasou, náboženským vyznaním, sociálnym postavením a politickou príslušnosťou. Jediným jeho úsilím je zmierniť utrpenie, pričom uprednostňuje najsúrnejšie prípady.

## Neutralita

V záujme udržania všeobecnej dôvery sa Červený kríž nezúčastňuje na nepriateľských akciách, ani na politických, náboženských, rasových a svetonázorových rozporoch.

## Nezávislosť

Červený kríž je nezávislý. Národné spoločnosti pomáhajú pri humanitnej činnosti a rešpektujú zákony svojej vlastnej krajiny, musia si vždy zachovať svoju samostatnosť, ktorá im dovoľuje hocikedy konať podľa zásad Červeného kríža.

## Dobrovoľnosť

Červený kríž má dobrovoľný charakter, upriamuje sa na poskytovanie pomoci a nie je motivovaný snahou po zisku.

## Jednotnosť

V každej krajine môže byť len jedna národná spoločnosť Červeného kríža. Musí byť otvorená všetkým a musí vykonávať humanitnú činnosť na celom území svojej krajiny.

## Univerzálnosť

Červený kríž je svetová inštitúcia. V nej majú všetky národné spoločnosti rovnaké práva, zodpovednosť a povinnosť navzájom si pomáhať.



Národné centrum  
zdravotníckych informácií

# SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KNIŽNICA

## Knižnica v službách medicíny

V roku 2021 si pripomenieme 70. výročie založenia knižnice, ktorej knižničný fond predstavuje najkomplexnejšiu zbierku dokumentov národnej produkcie z lekárskeho vied, zdravotníctva a príbuzných vedných odborov.

Slovenská lekárska knižnica je v zmysle zákona č. 126/2015 Z. z. o knižniciach v znení neskorších predpisov špeciálnou knižnicou s celoštátnou metodickou pôsobnosťou so zameraním na lekárske vedy a zdravotníctvo. V rámci svojej špecializácie má celoslovenskú pôsobnosť a knižnično-informačné služby poskytuje širokej odbornej a laickej verejnosti.

Poslaním knižnice je uspokojovať informačné potreby a požiadavky používateľov, poskytovať autorizované informácie a relevantné dokumenty z domácich a zahraničných informačných zdrojov, s osobitným zreteľom na kontinuálne celoživotné vzdelávanie lekárov a zdravotníckych pracovníkov, ako aj zabezpečovať prístup k informáciám z oblasti medicíny a zdravotníctva.

### Z HISTÓRIE SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KNIŽNICE

Myšlienkou vytvorenia ústrednej knižnice sa vážne zaoberali akademik Ladislav Dérer a profesor MUDr. Gejza Bárdoš. Ich príčinou bola výnosom Povereníctva školstva, vied a umenia zo dňa 23. 8. 1951, č. 120.816-IV/2 (č. 134) dňom 1. septembra 1951 zriadená Ústredná lekárska knižnica v Bratislave. V zmysle jej štatútu a organizačného poriadku sa stala verejnou ústrednou študijnou knižnicou a samostatným vedeckým ústavom pre oblasť Slovenska.

Ministerstvo zdravotníctva SSR poverovacou listinou č. z-5914/1977-B/2 a štatútom č. z-4534/1977-B/2 z 27. mája 1977 zmenilo názov knižnice na Ústav vedeckých zdravotníckych informácií (ÚVZI) a poverilo ho funkciou odvetvového informačného strediska pre informačnú gesciu zdravotníctva s pôsobnosťou na celom území ČSSR.

Opatrením Ministerstva zdravotníctva SR zo dňa 9. augusta 1991 č. 2564/1991-A bol zmenený názov ÚVZI na Slovenskú lekársku knižnicu a dňom 15. augusta 1991 nadobudol účinnosť nový štatút Slovenskej lekárskej knižnice. V zmysle štatútu a v zmysle zákona č. 53/1959 Zb. o jednotnej sústave knižníc bola knižnica ústrednou knižnicou pre sieť zdravotníckych knižníc na Slovensku s funkciou informačného strediska pre komplexné zabezpečovanie vedeckých a odborných informácií.

Rozhodnutím ministra zdravotníctva MUDr. Rudolfa Zajaca o zrušení Slovenskej lekárskej knižnice v Bratislave a jej zlúčení s Ústavom zdravotníckych informácií a štatistiky vznikla dňom 1. 2. 2006 nová inštitúcia – Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). Slovenská lekárska knižnica tým stratila právnu subjektivitu.

Cieľom zriadenia Národného centra zdravotníckych informácií bolo vybudovanie materiálnej a odbornej bázy pre zabezpečenie rozvoja zdravotníckej informatiky a štatistiky a poskytovanie knižnično-informačných služieb z oblasti lekárskeho vied a zdravotníctva v Slovenskej republike.



### ČINNOSTI SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KNIŽNICE

Slovenská lekárska knižnica plní v rámci NCZI funkciu národného centra pre poskytovanie medicínskych a zdravotníckych informácií. Podieľa sa na zabezpečovaní flexibilnej informačnej bázy a na poskytovaní odborných informačných a vzdelávacích služieb v rámci projektov elektronického zdravotníctva.

Je zároveň koordinátnym, metodickým, vzdelávacím a poradenským pracoviskom knižničného systému lekárskeho knižníc v rezorte zdravotníctva.

Buduje, uchováva a ochraňuje najkomplexnejšiu zbierku dokumentov národnej produkcie z lekárskeho vied, zdravotníctva a príbuzných vedných odborov. Konzervačná funkcia knižnice zabezpečuje kontinuitu historického vývoja medicíny na Slovensku.

Slovenská lekárska knižnica poskytuje klasické a elektronické knižnično-informačné služby a plní funkciu

Depozitnej knižnice a Dokumentačného strediska WHO. Buduje a aktualizuje slovenskú verziu medicínskeho tezaura Medical Subject Headings (MeSH).

Knižnica má samostatnú internetovú stránku [www.slk.sk](http://www.slk.sk). Súčasťou webového sídla je priamy vstup do online katalógu, do licencovaných databáz a do konta používateľa. Poskytuje prehľad všetkých služieb, štatistiky, edičnú činnosť a základné dokumenty knižnice, ktorými sú Štatút Slovenskej lekárskej knižnice a Knižničný poriadok. Na pravidelnej báze zverejňuje aktuality o knižných novinkách, ktoré sa nachádzajú v knižničnom fonde a informuje o dani vo vydavateľskom svete odborných publikácií.

Knižnica vytvára bibliografické databázy:

- báza dokumentov fondu – Katalóg knižnice
- článková databáza Bibliographia medica Slovaca (BMS)
- citačná databáza CiBaMed

Podieľa sa na výchove knižnično-informačných pracovníkov v oblasti svojej pôsobnosti a na informačnej výchove používateľov. Zároveň podporuje celoživotné vzdelávanie lekárov a zdravotníckych pracovníkov.

### SŁUŽBY SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KNIŽNICE

Slovenská lekárska knižnica poskytuje registrovaným používateľom **základné knižnično-informačné služby** (absenčné a prezenčné výpožičky, informačné, poradenské a konzultačné služby) bezplatne. Používateľ má k dispozícii takmer 162 000 knižničných jednotiek, ktoré sú tvorené monografiami, učebnicami, príručkami, zborníkmi, zahraničnými dizertáciami, publikáciami Svetovej zdravotníckej organizácie, elektronickými dokumentami a zazvážkovanými číslami časopisov.

Práve časopisy tvoria najpočetnejšiu časť knižničného fondu. Počas 70-ročnej histórie knižnice sa v jej fonde zhromaždilo viac ako 3 200 titulov z medicíny a príbuzných vedných odborov.

Prezenčné požičiavanie dokumentov je veľmi populárne u našich používateľov – študentov, ktorí v študovni nájdu okrem základnej medicínskej encyklopedickej a slovníkovej literatúry, povinnú študijnú literatúru, potrebnú ku skúškam na lekárske fakultách.





**Špeciálne knižnično-informačné služby** (rešeršné a medziknižničné výpožičné služby, prístup k externým informačným zdrojom, poskytovanie kópií knižničných dokumentov, skenovanie, elektronické zasielanie dokumentov a vydávanie publikácií) poskytuje knižnica za úhradu. Rozsah a spôsob úhrady poskytnutých služieb stanovuje Cenník NCZI.

Slovenská lekárska knižnica zabezpečuje prístup ku klasickým a **elektronickým bibliografickým a plnotextovým informačným zdrojom** s možnosťou samostatného rešeršovania, vyhľadávania informácií a faktov.

#### ▪ Rešeršné služby

Na požiadanie vypracujú odborní rešeršní pracovníci registrovaným používateľom profesionálne odborné tematické a citačné rešerše z licencovaných a voľne prístupných domácich a zahraničných databáz formou bibliografického súpisu relevantnej literatúry.

- **Tematické rešerše** (jednorazové i priebežné) sa vypracúvajú z elektronických informačných zdrojov knižnice: katalógu knižnice, licencovaných informačných databáz, voľne prístupných elektronických zdrojov na zadanú tému z oblasti medicíny, zdravotníctva a príbuzných odborov.
- **Citačné rešerše**

Slovenská lekárska knižnica buduje špecializovanú citačnú databázu medicíny (CiBaMed). Databázu tvoria bibliografické záznamy publikačnej činnosti slovenských autorov a ohlasov na ich práce v článkoch slovenských a českých časopisov dostupných v knižnici. Databáza poskytuje používateľom informáciu, kto, kedy a kde ich citoval. Podmienkou pravdivosti a overiteľnosti údajov citačných ohlasov na publikačnú činnosť autora je uchovávanie zdrojových dokumentov v knižnici. Databáza je tvorená od roku 1985. Záznamy od roku 2006 sú súčasťou **online katalógu** knižnice.

- **Medziknižničná výpožičná služba (MVS)** slúži na získavanie tých dokumentov alebo jeho častí, ktoré sa nenachádzajú v našom fonde ani vo fondoch bratislavských knižníc. Používateľ Slovenskej lekárskej knižnice môže požiadať o sprostredkovanie výpožičky dokumentu z fondu inej knižnice (knihy, kópie článkov). Recipročne mimo bratislavské knižnice môžu požiadať našu knižnicu o zaslanie publikácií, kópií ich častí alebo plné texty z licencovaných databáz.

Z ďalších špeciálnych služieb patria medzi najznámejšie a najvzťažovanejšie:

- **Elektronická obsahová služba – EOS**, ktorej cieľom je sprístupniť a upozorniť na články zo zahraničných tlačenejších časopisov, ktoré má knižnica vo svojom knižničnom fonde od roku 2015. Na našom webovom sídle nájdete obsahy jednotlivých čísiel, z ktorých si následne budete môcť elektronicky vyžiadať zaslanie plného textu článku.
- **Vzdialený prístup**  
Slovenská lekárska knižnica zabezpečila dostupnosť externých elektronických informačných zdrojov, predplatených knižnicou, formou vzdialeného prístupu až na úroveň plných textov.

Vzdialený prístup sprístupňuje registrovaným používateľom Slovenskej lekárskej knižnice **externé elektronické informačné zdroje (ďalej EIZ)** predplatené knižnicou. Používateľ sa cez vzdialený prístup dostáva až na úroveň plných textov článkov časopisov alebo kníh. Dostupnosť plných textov je stanovená licenčnou dohodou medzi Slovenskou lekárskou knižnicou a producentom konkrétnej databázy.

- **Služba SDI** (Selective Dissemination of Information) umožňuje adresné informovanie z online katalógu na základe používateľom vytvoreného profilu, zasielanie noviniek na základe vyhľadania dopytu a jeho uloženia do profilu SDI s možnosťou ďalších nastavení.
- **Skenovacie služby**  
Skenovacie služby sa poskytujú v súlade s ustanoveniami zákona č. 185/2015 Z. z. (autorský zákon) z tlačenejších dokumentov vo fonde knižnice.  
Skenovanie sa uskutočňuje pre:
  - individuálnych používateľov na základe písomnej požiadavky,
  - pre potreby MVS na základe klasickej alebo elektronickej žiadanky.
- **Kuriérska služba**  
Doručovací služba dokumentov – **DSD** je platenou službou a poskytuje používateľom možnosť požiadať o doručenie vyhľadaných dokumentov poštovou alebo kuriérskou službou priamo do domu alebo na pracovisko. Táto služba uľahčuje doručenie dokumentov a sprístupňuje zaujímavé informácie práve v prípadoch, kedy vám pracovné vyťaženie nedovoľuje navštíviť knižnicu osobne.

#### **Áké má Slovenská lekárska knižnica ciele do budúcnosti?**

Stále sa zvyšujúci počet spokojných používateľov, možnosť poskytovať našim používateľom čo najširší záber z vydávanej monografickej a časopiseckej literatúry a čo najbohatšie elektronické informačné zdroje, aby mohla i naďalej plniť svoje poslanie vo vzťahu k verejnosti a poskytovať kvalitné služby podporujúce poznanie, vzdelávanie a kultúru.

S cieľom, aby naše knižnično-informačné služby i naďalej obstáli v konkurencii iných informačných zdrojov, ich základným atribútom musí byť pridaná hodnota v podobe kvality, ktorú používatelia nemôžu nájsť inde a súčasne aj vysoká dostupnosť. Keď budú voľne dostupné informácie rôznej kvality konfrontované s poznaním a vedomosťami, ktoré sú obsiahnuté vo fonde knižnice, používatelia sa presvedčia, že hodnoverné a relevantné informácie treba hľadať v prvom rade v knižnici.

Pokiaľ budú tieto informácie zároveň dostupné našim používateľom kedykoľvek a odkiaľkoľvek bez toho, aby bolo potrebné opúšťať prostredie, v ktorom používateľ informácie potrebuje, knižnice budú vnímané ako dôležitá verejná služba všetkými kľúčovými aktérmi – na jednej strane používateľmi, ktorí služby využívajú, na druhej strane zriaďovateľmi, ktorí činnosť a rozvoj knižnic financujú a podporujú.



Nové sídlo České lékařské komory v Praze 5 bude skolaudované koncom novembra tohto roku.

# LEKÁRI SEBE

## Česká lékařská komora dokončuje rekonstrukciu svojho nového sídla

Do roka a do dňa.  
V novembri minulého roku začala Česká lékařská komora rekonštruovať svoje budúce nové sídlo v Prahe a tento rok koncom novembra, tesne pred snemom Českej lékařské komory, by mal byť Dom lékařov slávnostne otvorený.

**P**ozrime sa na to, ako sa naši českí kolegovia dopracovali k novej budove, kto všetko na ňu prispel a čo v nej vlastne bude. Téma nás zaujíma o to viac, že aj Slovenská lékařská komora zvažuje rekonštrukciu svojho sídla, prípadne kúpu nového.

### ROZHODNUTIE PADLO V ROKU 2016

Česká lékařská komora sa už pred štyrmi rokmi rozhodla, že vybuduje tzv. Dom lékařov. Dôvod bol prozaický – potrebovali nové kancelárie, väčší archív aj väčšie priestory na prednášky či vzdelávacie podujatia pre lékařov. Komora garantuje ročne asi 4000 vzdelávacích podujatí, z toho niekoľko stoviek aj sama organizuje.

Voľba pri hľadaní správneho sídla padla na päťposchodovú funkcionalistickú budovu na Drahobejlovej ulici v Prahe – Libni, ktorú v roku 1931 navrhol architekt Richard Goldreich. Česká lékařská komora, ktorej decembrový snem v roku 2017 kúpu budovy odobril, ju kúpila za 97 miliónov českých korun (v prepočte takmer 3,7 milióna eur), pričom na polovicu tejto sumy si zobrali hypotéku na 15 rokov. Len pre zaujímavosť,



na spomínanom sneme bolo za kúpu budovy 236 delegátov, 45 bolo proti a 13 sa zdržali.

„V zakúpenej nehnuteľnosti zriadime naše nové reprezentatívne sídlo, ktoré sa bude nazývať Dom lekárov a bude slúžiť ako školiace a konferenčné centrum komory, ale bude tiež miestom, kde sa môžu lekári z celej Českej republiky stretávať,“ povedal na tlačovej konferencii ešte v decembri roku 2017 prezident ČLK MUDr. Milan Kubek.

Hoci bola budova v 90-tych rokoch zrekonštruovaná pre administratívne účely, predstavy komory boli predsa len trochu iné, a tak sa k slovu dostala ďalšia rekonštrukcia. Komora si na rekonštrukciu musela zobrať úver vo výške 50 miliónov českých korún (1,9 milióna eur). 20 miliónov korún (vyše 756-tisíc eur) už zaplatila z vlastných zdrojov. Okrem úveru by zdrojom peňazí mal byť aj neskorší predaj súčasných priestorov komory a služobného bytu v Prahe 5.

Vysoké náklady na rekonštrukciu si vyžiadalo najmä kompletné prebudovanie fasád i vnútra budovy tak, aby vyhovovalo ich potrebám. „Najnáročnejšie boli úpravy umožňujúce vybudovať poslucháreň pre 200 ľudí,“ hovorí prezident ČLK M. Kubek. Do miestností na prednášky museli byť nainštalované akustické podhlady, nový reprezentatívny šat dostal aj vstup do budovy, na chodbách pribudli svetlíky, aby v celej budove bol prístup denného svetla. Len na moderné prístrojové vybavenie budovy vzdelávacieho centra sú odhadované náklady okolo 4 miliónov českých korún (takmer 153-tisíc eur). V budove vzniknú okrem školiaceho centra aj kancelárie a galéria pre lekárov, ktorí majú fotografovanie či maľovanie ako koníček. Zaujímavé, čo povieť?

## PRISPĚLI AJ Z VLASTNÉHO

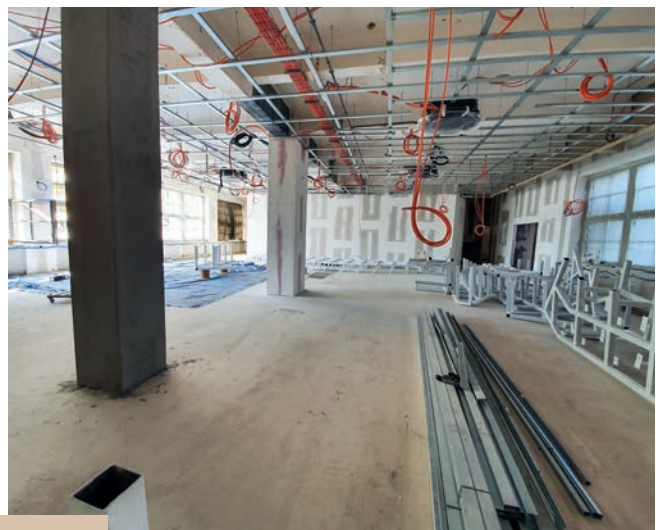
Rekonštrukcia päťposchodovej nehnuteľnosti sa rozbehla koncom vlaňajšieho roka a napriek koronakríze pokračuje podľa plánu. Hoci budova by mala byť hotová do konca októbra, presťahovanie plánujú podľa slov prezidenta ČLK MUDr. Kubeka až na začiatok budúceho roku. „Koncom novembra máme zjazd a epidemická situácia je zložitá,“ povedal nám prezident ČLK.

Komora sa tak o pár mesiacov konečne bude môcť z nevyhovujúcich súčasných priestorov neďaleko motolskej nemocnice presťahovať do nového a lekári získajú naozaj reprezentatívne sídlo. A nielen to. Zároveň im zostane v portfóliu nehnuteľnosť, ktorej hodnota bude stále narastať. Investícia, ktorá sa na začiatku mnohým nepozdávala, sa tak ukázala veľmi rozumnou. Už teraz má totiž nový Dom lekárov podstatne vyššiu cenu, než akú za neho komora zaplatila.

„My sme nehnuteľnosť nekupovali len ako dobrú investíciu, už dnes je jej hodnota vďaka rastu cien nehnuteľností v rozvíjajúcej sa lokalite zhruba o 20 % vyššia, ale pre potreby našich členov,“ zdôraznil v komentári pre časopis ČLK Tempus Medicorum jej prezident MUDr. Milan Kubek. A má pravdu.

O tom, že na nový Dom lekárov sa tešia aj samotní lekári, svedčí fakt, že mnohí z nich prispeli na jeho rekonštrukciu z vlastného vrečka. K začiatku septembra tohto roku naň dalo peniaze už 582 členov komory v celkovej výške takmer 2 milióny českých korún (vyše 76-tisíc eur). Hoci v prepočte ide zhruba o 130 eur na každého člena, spolupatričnosť sa cení a vedenie Českej lekárskej komory na svojej stránke preto patrične ďakuje všetkým darcom.

*Pripravila: Nancy Závodská*



Aj vo vnútorných priestoroch už finišujú posledné práce.



Na slovíčko s prezidentom ČLK MUDr. Milanom Kubekom

# CHCEME ZJEDNOTIŤ lekársky stav

Foto: Archív ČLK



**MUDr. Milan Kubek**  
prezident ČLK

**V akom štádiu je momentálne rekonštrukcia nového sídla ČLK? Kedy by mala byť hotová a mohli by ste sa presťahovať?**

Rekonštrukce pokračuje dle harmogramu, který je přílohou naší smlouvy s firmou Termitan s.r.o., která stavbu provádí. Slavnostně bychom chtěli Dům lékařů otevřít 27.11.2020 tedy v předvečer sjezdu České lékařské komory. Z organizačních důvodů plánujeme přestěhování počátkem roku 2021.

**Na čo sa vy osobne ako prezident ČLK v novej budove tešíte? Čo bude podľa vás najväčším prínosom pre členov?**

Česká lékařská komora klade zásadní důraz na celoživotní vzdělávání lékařů. V novém domě budeme mít k dispozici posluchárnu pro 200 osob a další tři seminární místnosti každou pro 50 osob. To nám umožní pořádat několik vzdělávacích kurzů současně. Dnes pořádáme kurzy v pronajatých prostorách, což není ekonomicky výhodné a lékaři si často ani neuvědomují, že pořadatelem přednášky či semináře, na který

přišli, je právě lékařská komora. Až se budou moci chodit školit do svého Domu, budou si kolegové a kolegyně navštěvované kurzy více spojovat s naší profesní samosprávou. Díky moderní audiovizuální technice bychom chtěli vzdělávací akce zároveň prostřednictvím internetu zpřístupnit lékařům v celé ČR. V současnosti totiž zároveň zahajujeme provoz internetového vzdělávacího portálu. Naší ambicí je, aby na adrese [www.vzdelavanilekaru.cz](http://www.vzdelavanilekaru.cz) našli členové komory dostatečnou nabídku kurzů a dalších akcí, které jim usnadní celoživotní vzdělávání.



**V novom sídle má byť aj galéria, kde by mohli svoje diela vystavovať lekári. Bol to váš nápad?**

Ano, je to můj nápad. V 5. nadzemním podlaží, v atypickém prostoru pod válcovou klenbou, vznikne Klub lékařů, kde chceme vytvořit lékařské museum i prostor, kde lékaři a lékařky budou moci vystavovat svá umělecká díla. Chceme, aby tento Klub opravdu žil, proto jej budeme využívat nejenom k pořádání komorových akcí, ale rovněž zapůjčovat členům komory pro jejich privátní oslavy.

**Áké finančné náklady musela komora zatiaľ celkovo na nový Dom lekárov vynaložiť? Nezasiahne (alebo nezasiahlo) to veľmi do rozpočtu komory?**

Pouze ekonomicky silná a na státu nezávislá komora může efektivně hájit zájmy svých členů. Vybudování domu lékařů je v neposlední řadě investicí. Podařilo se nám výhodně koupit krásný dům v perspektivní rozvíjející se lokalitě Prahy 9 u stanice metra nedaleko O2 Arény naproti velké nákupní Galerii Harfa. Využili jsme příznivé situace a získali za výhodných podmínek hypoteční úvěr. Rekonstrukci financujeme částečně z vlastních zdrojů a část úvěru budeme moci, pokud to bude ekonomické, předčasně splatit po prodeji našich současných kanceláří a služebního bytu. Oba úvěry pohodlně splácíme z našeho běžného rozpočtu. Je to výhodnější než šetřit a odvádět státu miliony korun ročně na daních.

Vlastní dům podpoří nezávislost a ekonomickou stabilitu komory, ale především, a to považuji za ještě podstatnější, přispěje ke sjednocování lékařského stavu. Střechem nad hlavou totiž chceme v našem společném Domě lékařů nabídnout těm lékařským organizacím, které si vlastní důstojné prostory dovolit nemohou.

**Pripravila: Nancy Závodská**



## NEMOCNICE ŽIADAJÚ O ŠTVRŤ MILIARDY VIAC

Asociácia nemocníc Slovenska požiada vládu o zvýšenie rozpočtu pre 77 nemocníc z asociácie o 78 miliónov eur. „Ide o zvýšenie len na osobné náklady, nie je v tom započítaná inflácia, nárast energií ani rozvojový dlh, ktorý vzniká rok čo rok,“ povedal prezident asociácie Marián Petko. Zároveň odhadol, že rozpočet pre celý rezort zdravotníctva na budúci rok treba zvýšiť aspoň o 250 miliónov eur.

„Nejde o mzdy, ale o nárast a vychádzame z toho, ako sú deklarované prijaté budúce zákony, Zákonník práce, nočné a pohotovostné služby či rekreačné poukazy a všetko, čo s tým súvisí,“ uviedol Marián Petko, ktorý chce odovzdať kompletne doklady na ministerstvo zdravotníctva. Poukazuje na to, že spomenutých 77 nemocníc zamestnáva viac ako 26-tisíc pracovníkov a majú spádovú oblasť pre tri milióny obyvateľov.

„Je to zákonná povinnosť, zvýšiť mzdy. Ak štát od nás tieto veci vyžaduje, takže tieto peniaze by nám mal dať,“ poznamenal Igor Pramuk, viceprezident asociácie.



## MINISTRI CHCÚ RIEŠIŤ OTÁZKU LEKÁROV Z TRETÍCH KRAJÍN

Rezorty zdravotníctva a školstva chcú riešiť otázku pôsobenia lekárov a zdravotníckeho personálu z tretích krajín v systéme slovenského zdravotníctva. „Ministerstvo zdravotníctva má záujem túto problematiku riešiť aj v súčinnosti s ministerstvom školstva. Aktuálne sa kreuje pracovná skupina, ktorá sa bude touto agendou zaoberať,“ uviedla hovorkyňa ministerstva v reakcii na stretnutie zástupcov Medzinárodnej asociácie lekárov na Slovensku (MALnS) so zástupcami rezortu. Podľa MALnS stačí spraviť iba mierne zmeny niekoľkých zákonov, aby sa výrazne zlepšilo postavenie zahraničných lekárov či zdravotných sestier.

Asociácia tvrdí, že z ich príchodu by mohol profitovať slovenský systém, ktorý trpí nedostatkom personálu. Jej predseda Manuchekhr Burkhanov poukázal na to, že dočasnú odbornú stáž plánovala zaviesť ku koncu svojho pôsobenia bývalá mi-

nisterka zdravotníctva Andrea Kalavská v rámci stratifikácie nemocníc, no napokon s ňou neuspela.

Súčasnému ministrovi zdravotníctva Marekovi Krajčímu sa to podľa šéfa MALnS podarilo, ale iba ako časovo obmedzené riešenie na obdobie pandémie nového koronavírusu.

„Platnosť dočasnej odbornej stáže by sa však nemala obmedzovať na jednu pandémiu. A mala by zahŕňať všetky zdravotnícke profesie, nielen lekárov. Pravdepodobne aj to je dôvod, že tento inštitút zatiaľ nikto nevyužil,“ komentoval.

Pri príprave zahraničných lekárov a zdravotných sestier je podľa asociácie dôležitá aj príprava na zvládnutie odbornej slovenčiny. „Chceli by sme tiež zmeniť aj systém preskúšavania zahraničných lekárov. Podľa nášho názoru je potrebné, aby bol test zameraný na odborné vedomosti a nie na učivo prvého ročníka lekárskej univerzity,“ dodal Burkhanov.

INZERCIA

Je verejne známe, že 50 – 60 percent ordináčného času musí lekár stráviť písaním rôznych textov ako lekárskeho správ, prepúšťacích správ alebo popisom vykonaného lekárskeho výkonu či popisom výsledkov z rádiológie a patológie.

Riešením je elektronická asistentka vo vašom počítači. Vďaka odborným medicínskym výrazom lekár namiesto ručného písania textu len klikne do textového poľa a nadiktuje to, čo by inak písal, čím vie ušetriť až 30 % svojho času. Riešenie prináša výhody pri písaní ambulantných správ, prijímacích správ pacienta, pri prepise správ z iných nemocničných zariadení, taktiež pri spracovávaní denných dekurzov a pri prepúšťacích správach pacientov.

Výrazne vie zvýšiť efektivitu pri písaní operačných správ, svoje využitie našlo aj pri rádiologických CT, MRI a sono vyšetreniach, kde lekár pracuje s veľkým objemom dát.



## ABY BOL LEKÁR LEKÁROM A NIE OTROKOM ADMINISTRATÍVY

### ZÁKLADNÉ VLASTNOSTI:

- Doživotná licencia
- Odborná medicínska terminológia
- Intuitívne ovládanie
- Možnosť upraviť nadiktovaný text
- Diktovanie priamo do nemocničného alebo ambulantného informačného systému
- Diktovanie je možné do Microsoft Word, PowerPoint, Excel, Gmail atď...
- Možnosť doplnenia vlastných slov
- Rýchlejšie vytváranie dokumentov
- Vysoká presnosť prepisu bez gramatických chýb
- Prepis čísel, dátumov, merných jednotiek
- Prepis medicínskych skratiek

### OBSAHUJE SLOVNÍKY:

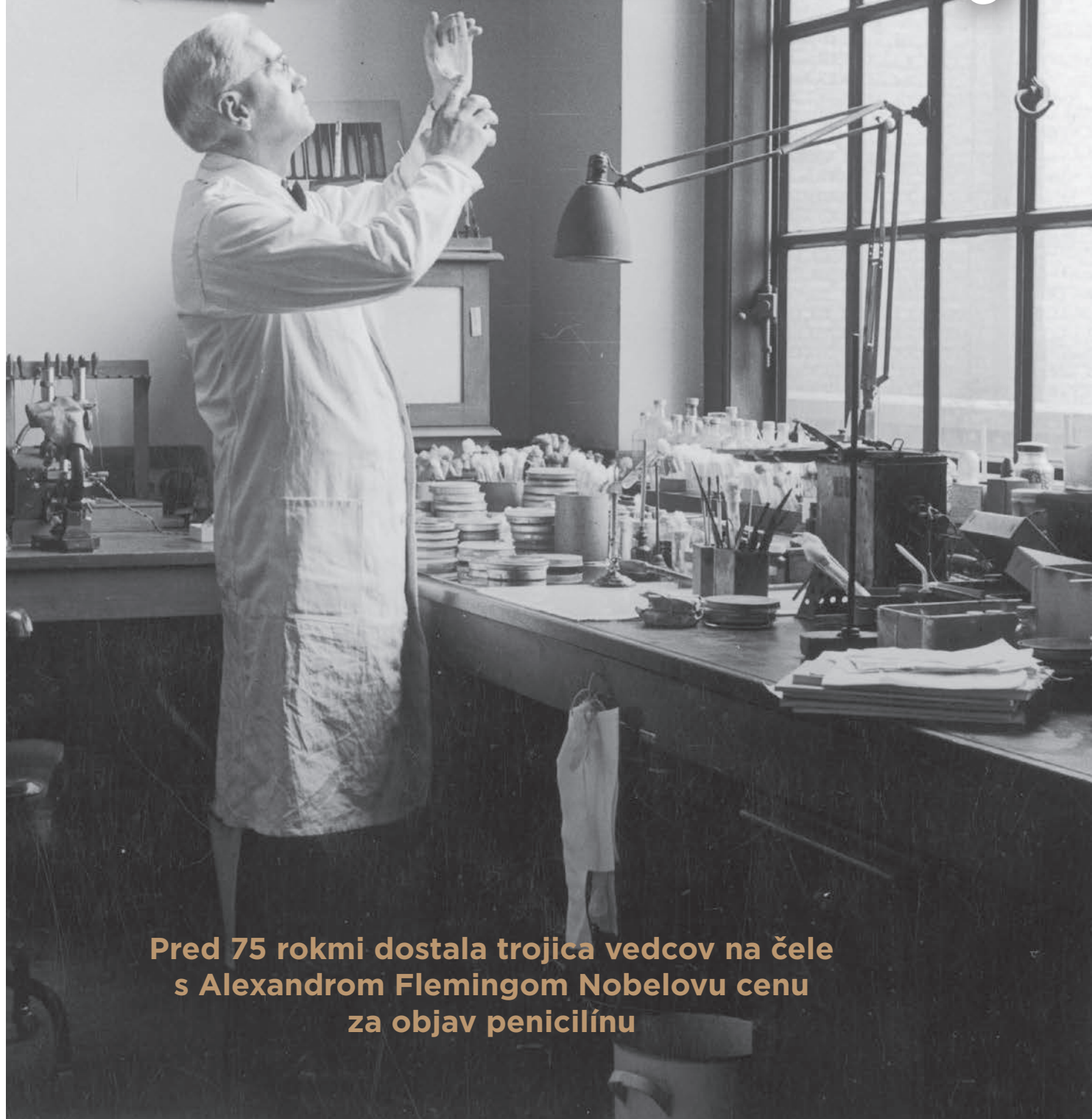
- Všeobecná slovenčina
- Všeobecný medicínsky slovník
- Patologický slovník
- Rádiologický slovník
- Onkologický slovník



Nepíšte. Diktujte.

# ZÁZRAK

## *z Petriho misky*



**Pred 75 rokmi dostala trojica vedcov na čele  
s Alexandrom Flemingom Nobelovu cenu  
za objav penicilínu**



# PENICILÍN

Bol tak trochu lenivec, neporiadny vedec, ktorý svoje laboratórium upratoval iba málokedy a Petriho misky sa mu povalovali kade-tade. Dnes môžeme tieto na prvý pohľad negatívne vlastnosti lekára a vedca Alexandra Fleminga iba velebiť. Jeho nedbalosť totiž zmenila svet. Vďaka nej dostalo ľudstvo prvé antibiotikum, ktoré zachránilo milióny životov.

## Z CHIRURGA BAKTERIOLÓG

Alexander Fleming bol Škót, rodák z Lochfieldu. Narodil sa 6. augusta 1881 ako predposledné z ôsmich detí statkára Fleminga. V štrnástich rokoch odišiel po smrti otca za bratom – očným lekárom, do Londýna. Tu vyštudoval Polytechnickú vyššiu školu a štyri roky pracoval ako úradník v paroplavebnej spoločnosti. V roku 1901 zdedil po strýkovi dvestopäťdesiat libier a rozhodol sa študovať medicínu na St. Mary's Hospital Medical School. Hoci úspešne zložil skúšky z chirurgie, chirurgom sa napokon nestal, ale začal sa venovať bakteriológii. Celkom vtipne v tejto súvislosti vyznieva, že o voľbe iného odboru vraj rozhodlo to, že na bakteriologickom oddelení potrebovali dobrého strelca pre súťaž medzi nemocnicami... A tak sa Fleming stal asistentom Almrotha Wrighta, priekopníka v oblasti očkovania a imunológie.

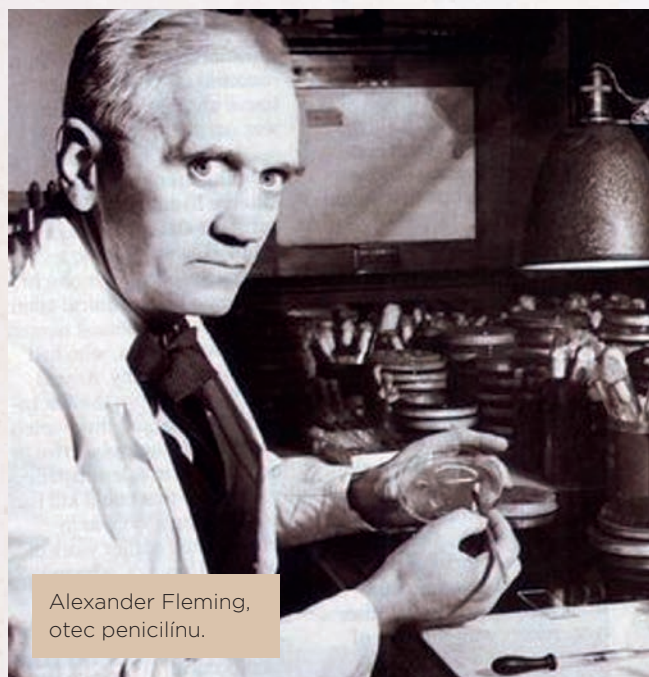
## SVADBA A PRVÝ OBJAV

Počas prvej svetovej vojny slúžil Fleming ako vojenský lekár a spolu s Wrightom išiel do Francúzska, kde mu pomáhal vybudovať laboratórium a výskumné stredisko. Popri práci pre Wrighta si Fleming našiel čas aj na súkromie, zamiloval sa do zdravotnej sestry Sarah McElroyovej a oženil sa. S prvou ženou sa okrem syna (mimochoodom, tiež lekára) dočkal aj prvého úspechu na vedeckom poli. V roku 1922, po návrate do domovského laboratória, objavil enzým lyzozým, ktorý ničí baktérie.

Aj tento objav má za sebou zaujímavú cestu – Fleming k nemu došiel tak, že keď mal nádchu, dal vlastný hlien do Petriho misky s baktériami a zistil, že uhynuli. Rovnako dopadol pokus so slzami, ktoré tiež pôsobili ako antiseptikum. Látku nazval lyzozým a čoskoro zistil, že ju obsahujú takmer všetky časti tela. Prišiel na to, že lyzozým určuje, ktorý mikroorganizmus je škodlivý a ktorý nie. Bol to síce zaujímavý a zásadný objav, ale prakticky nebol využiteľný ako neskôr penicilín.

## ZABUDNUTÁ MISKA

V roku 1928 sa Fleming stal profesorom a prednostom katedry bakteriológie Londýnskej univerzity. Jeho srdcovkou sa stalo skúmanie stafylokokov. Ako rozrútenému vedcovi sa mu povalovali misky s baktériami po celom laboratóriu,



Alexander Fleming,  
otec penicilínu.

a keďže ich ani pred dovolenkou nezvykol upratať, dočkal sa na jeseň 1928 prekvapenia. Po návrate z dovolenky zistil, že v jednej z misiek s baktériami hnisu sa vytvorili akési plesňové ostrovčeky, ktoré baktérie zabili. Fleming z týchto plesní, ktoré patrili rodu *Penicillium* notatum, extrahoval účinnú látku a nazval ju penicilín. Prelomový objav bol na svete. Ďalšími pokusmi zistil, že táto plesň zabíja nielen stafylokoky, ale aj iné mikróby a navyše nie je jedovatá. Svoje pokusy robil aj na myšiach. Chcel im vyliečiť hnisajúce rany, ale keďže nedokázal vyextrahovať dostatočne silný extrakt penicilínu, nepodarilo sa mu to.

„Keď som sa ráno 28. 9. 1928 prebudil, určite som neplánoval žiadnu revolúciu v medicíne tým, že objavím prvé antibiotikum, ktoré sa stane zabijakom mnohých škodlivých baktérií. Ale dnes si myslím, že to bolo presne to, čo som vtedy urobil,“ napísal neskôr o svojom objave samotný Fleming.

Svoj objav publikoval vo februári 1929 v *British Journal of Experimental Pathology*, ale nezbudil takmer nijaký záujem vo vedeckej obci. Ten prišiel oveľa neskôr.



Nobelovu cenu za medicínu dostal Alexander Fleming (na snímke ju preberá) spolu s dvoma ďalšími kolegami v roku 1945.

## ÚSPECH PO DEVIATICH ROKOCH

Flemingov objav ocenil po dlhých deviatich rokoch až oxfordský profesor Sir Howard Walter Florey. Keď sa mu článok o zázračnej látke dostal do rúk, zaujal ho natolko, že spolu so svojim kolegom Ernstom Borisom Chainom začali s plesňou experimentovať. Na rad postupne prišli aj testy s ľudskými pacientmi. Prvou dobrovoľníčkou bola žena, ktorá mala konečné štádium rakoviny. Po užití penicilínu sa u nej objavila horúčka a triaška, bol to však dôsledok nečistôt v lieku.

Vedci to teda skúsili znovu. Za prvý ozajstný pokus na človeku tak považujeme pokus z 12. februára 1941 – penicilín dostal 43-ročný policajt Albert Alexander, ktorý sa poranil pri práci na záhrade a dostal rozsiahlu stafylokokovú a streptokokovú infekciu. Jeho stav bol beznádejný, a tak sa vedci rozhodli vyskúšať na ňom nový liek. Podali mu penicilín. Pacientov stav sa o pár dní rapídne zlepšil, ale žiaľ, keďže bolo lieku málo, neskôr zomrel. Hoci sa lekári snažili vyextrahovať liek z pacientovho moču, nestačilo to. Florey si

vtedy povedal, že liek budú pacientom podávať až vtedy, keď ho bude dostatok.

Napriek tomuto neúspechu však bolo jasné, že penicilín je takmer zázračný a britskí vedci začali zháňať peniaze na jeho masovú výrobu. Spojili sa s Američanmi a vďaka dotácii od tamojšej vlády sa v roku 1943 začal superliek v USA vyrábať vo veľkom. O rok na to už pomáhal spojeneckým vojskám. Bolo to v čase, keď v Európe zúrila druhá svetová vojna a bol veľký nedostatok liekov. Penicilín prišiel a zachránil milióny životov medzi vojakmi aj civilistami. Zaberá totiž proti týmto chorobám ako zápal pľúc, šarlach, kvapavka, záškrť alebo meningitída.

## VAROVANIE OD FLEMINGA

Fleming sa tak konečne dočkal svetovej slávy a o dva roky na to aj Nobelovej ceny za medicínu. Spolu s ním ju dostala aj spomínaná dvojica vedcov Florey a Chain. Bolo to v roku 1945, sedemnaásť rokov potom, čo roztržitý vedec zázračný liek objavil.



Penicilín zaberá na rôzne druhy stafylokokov aj streptokokov.



Takto vyzerali krabičky s penicilínom v roku 1950.

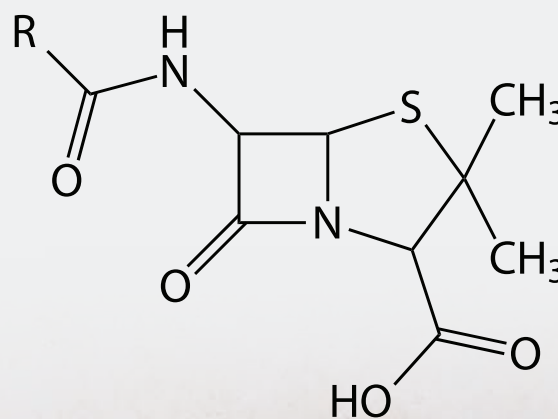


## Prvý český penicilín

Výrobu tohto lieku zahájili v bývalom Československu 26. októbra 1949 v Roztokách pri Prahe. Hlavnú úlohu vo vývoji penicilínu u našich susedov zohrala farmaceutická firma Benjamin Fagner v Dolných Měcholupoch, kde sa skupine českých vedcov podarilo vo vojnových podmienkach izolovať pod označením Mykoin BF 510 prvý český penicilín. Ten ešte koncom druhej svetovej vojny zachránil niekoľko ľudských životov.

Vývoj výroby penicilínu nezastavili neskôr ani zmeny politických pomerov a na jar roku 1949 boli vyrobené prvé skúšobné vzorky lieku. V októbri bola potom za účasti vtedajších komunistických špičiek odštartovaná regulérna výroba. Prvým riaditeľom závodu, známeho ako „Penicilinka“, sa stal Miloš Herold.

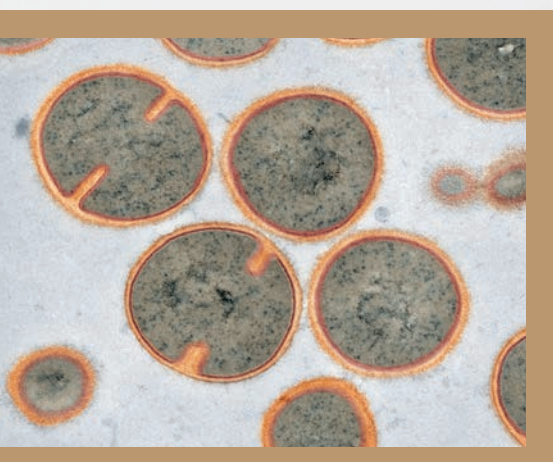
(novinky.cz)



Slávu si však Fleming dlho neužil. Po smrti manželky sa v roku 1953 znovu oženil so svojou kolegyňou, ale ich šťastie netrvalo dlho. O dva roky na to, 11. marca 1955, zomrel. Pochovaný je v Katedrále sv. Pavla v Londýne.

Za spomenutie však stoja slová samotného otca penicilínu Alexandra Fleminga, ktorý varoval pred nezriadeným podávaním tohto antibiotika. Podľa neho to vraj postupne môže viesť k tomu, že sa baktérie stanú voči nemu odolnými. Dnešok nám ukazuje, akú pravdu Fleming mal. Rezistencia voči antibiotikám bude totiž podľa mnohých vedcov o pár rokov ešte väčším problémom a výzvou pre medicínu ako iné pandémie.

*Pripravila: Nancy Závodská*





# ČO PLÁNUJÚ NEMCI NA POLI *zdravotníctva?*

**Od 1. júla tohto roku prevzala Nemecká spolková republika predsedníctvo v Rade Európy**

Pred nemeckým ministerstvom zdravotníctva v čase vrcholiacej pandémie koronavírusu stoja úlohy, akým žiadna predsednícka krajina doteraz nečelila. Napovedá tomu aj motto, ktoré si Nemci v súvislosti so svojím predsedníctvom stanovili: Spoločne urobiť Európu znovu silnou.



Tu sú základné štyri oblasti, ktoré Nemci v oblasti európskeho zdravotníctva plánujú posilniť:

1. Zlepšenie krízového manažmentu EÚ, okrem iného aj posilnenie Európskeho centra pre kontrolu a prevenciu chorôb (ECDC). Jedným z navrhovaných opatrení v tejto súvislosti je napríklad vytvorenie spoločného pandemického plánu medzi ECDC a členskými štátmi.

Nemecké ministerstvo zdravotníctva sa zameria najmä na zlepšenie prognóz, vytvorenie porovnateľnej databázy jednotlivých členských štátov EÚ a vývoj digitálneho systému včasného varovania.

2. Zabezpečenie dostatočného zásobovania liekmi a zdravotníckym materiálom, okrem iného aj zjednotením konkrétnych opatrení na zabezpečenie kvality, výroby a diverzifikácie, ako aj posilnenie európskej spolupráce pri výrobe látok pre najdôležitejšie lieky. Podľa Nemecka je dôležité dostať späť na náš kontinent výrobu kľúčových zdravotníckych pomôcok a zariadení.

„Európa musí nájsť cesty, ako dostať produkciu kritického zdravotníckeho materiálu (napr. ochranných rúšok) znovu do Európy a urobiť európske zásoby,“ povedal narovinu Jens Spahn, nemecký minister zdravotníctva.

3. Zlepšenie prístupu a výmeny zdravotníckych dát, a to vytvorením európskej zdravotníckej databázy. To je podľa ministra Spahna dôležité aj preto, aby sa Európa stala atraktívnejšou pre výskum.

Práve pandémie koronavírusu ukázala, aká dôležitá je výmena dát, aby sa mohli prijímať vecne správne opatrenia. Na to však treba pripraviť právne rámce a zodpovedajúcu infraštruktúru. Digitalizáciu sa bude zaoberať aj novembrová medzinárodná digitálna konferencia „Digital Health 2020 – EU on the Move“.

4. Posilnenie úlohy Európskej únie v globálnom zdravotníctve, napríklad aktívnejším účinkovaním vo Svetovej zdravotníckej organizácii. V tomto smere chcú pokračovať v aktivitách Fínska, ktoré ako predošlá predsedníčka krajiny naštartovala potrebné kroky.

Popri týchto základných bodoch však Nemecko nezabúda ani na civilizačné ochorenia, a preto ohlásilo tzv. Európsky plán boja proti rakovine (Europe's Beating Cancer Plan) a Liekovú stratégiu Európskej únie (Pharmaceutical Strategy).

*Pripravila: Nancy Závodská*



## VYTVORÍME ZDRAVOTNÍCKE NATO?

V rozhovore pre nemecký denník Rheinische Post sa pred pár týždňami nemecký minister zdravotníctva Jens Spahn vyjadril aj k nutnosti väčšej spolupráce jednotlivých členských krajín v oblasti zdravotníctva. „Európa potrebuje lepší mechanizmus na zvládnutie zdravotníckych kríz, tak ako sme ho našli aj pri finančných krízach. Európska únia ako jadro spojenia na vzájomnú podporu v prípade pandémie, niečo ako zdravotnícke NATO. Aby sme mohli rýchlo konať, keď v niektorom z členských štátov vypukne nejaký vírus, potrebujeme spoločné štruktúry, ktoré sa môžu oprieť o expertov, lekárov, zdroje. Potom by sme ani nepotrebovali 27 národných rezerv na ochranné rúška, ale mohli by sme vybudovať európske rezervy. Rovnako by som rád prebudoval ECDC (Európske centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb) na niečo ako Inštitút Roberta Kocha. O to všetko sa v rámci predsedníctva budem snažiť.“

## INZERCIA

Ste lekárka/lekár študujúci na odbornú lekárku/lekára v odbore neurológie alebo odborná lekárka/lekár v odbore neurológie alebo lekár(ka) so špecializáciou na detské a dorastové lekárstvo alebo lekár(ka) so špecializáciou v odbore gynekológia a pôrodníctvo a hľadáte novú výzvu v zahraničí?

Potom ste na správnom mieste u nás  
**v nemocnici Milosrdných sestier v Riede (Rakúsko).**

Radi pre vás nájdeme vhodný model zamestnania a v prípade potreby vám pomôžeme s presťahovaním do Rakúska.

Podrobnosti o svojom novom zamestnaní môžete nájsť na našom webe na adrese


<https://karriereportal.vinzenzgruppe.at/FachaeztinFacharzt-fuer-Neurologie-de-j3922.html>  
 alebo <https://karriereportal.vinzenzgruppe.at/FachaeztinFacharzt-fuer-Kinder-und-Jugendheilkunde-de-j3501.html>  
 alebo <https://karriereportal.vinzenzgruppe.at/FachaeztinFacharzt-fuer-Frauenheilkunde-und-Geburtshilfe-de-j4510.html>

V prípade otázok bude pre vás rada k dispozícii pani Julia Pennetzdorfer na čísle + 43 (7752) 602-3018 alebo na [julia.pennetzdorfer@bhs.at](mailto:julia.pennetzdorfer@bhs.at).

Bunky adipocyty na kolagénových vláknach vytvárajú (**tajnička**) zo sacharidov a mastných kyselín.

Správne znenie tajničky posielajte na **media@lekom.sk** (do predmetu mailu uvedte **TAJNIČKA MEDIKOM 6**) alebo na adresu Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 821 03 Bratislava **do 31. 10. 2020**.

Ceny do krížovky venuje LEKÁR, a. s.

						POMÔCKY: AKELA, TOGO, RAKE, ESES	LAHKÁ NAVIATA HORNINA	BOH MOHA-MEDÁNOV	TERÉNNE CYKLISTICKÉ PRETEKY		ZDRAVOTNÁ KOMISIA (SKR)	PESTOVATEL MOTORIZMU	DVAKRÁT ZNÍŽENÝ TÓN 'E'	ODSEKNÚT
						SLOVAK ANTIMR CENTER (SKR)				ZMIEŠANINA				
										TETA (HOVOR)				
						POVRCHNOSŤ								
						HRABLE (ANGL.)					ČAJ (ANGL.)			
						BÁSNIK					NAPLAVENINA			
	NIE NOVO	ČASŤ NA BRUCHU	VLK Z KNIHY DŽUNGLE	CHRÁNENÁ OBLASŤ (SKR)	PAŽRAVOŠŤ									
					TEBE PATRIACE									
KTO RÁD SPÍ (EXPR)								PYTLIAK KĽADÚCI OKÁ					PRÍKLOP NÁDOBY	OVANUTIE (BÁS.)
								AFRICKÝ ŠTÁT (SV)						
1.ČASŤ TAJNIČKY								2.ČASŤ TAJNIČKY						
								STAROBA						
OPICA (ANGL.)				ZATVOR (OPAK)						SEJBA				
				SPOJENÉ NÁRODY (ANGL. SKR)						DVOJHLÁSKA				
SKRÚCAJ (PAPIER)							SEBECKÁ ŽENA							
OKATÉ ŽENY (EXPR)							POTREBA KOSCA				AÓN (ČES.)			

Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 4-5/2020 znie:

**Vrchná vrstva kože sú odumreté BUNKY BEZ JADRA tvoriace ochranu voči vonkajším vplyvom.**

**Blahoželáme výhercom!**

Vyžrebovali sme troch súťažiacich, posielame im ceny, ktoré venuje LEKÁR, a. s.

**Výhercovia z čísla 4-5/2020:**

1. MUDr. Erika B., Nové Zámky
2. MUDr. Viktor K., Malacky
3. MUDr. Zuzana H., Bojnice

Tešíme sa na správne riešenie krížovky **do 31. 10. 2020**.

	6				5			
		7	4					
		5	1	3	8	4		
			9	4	3	1		
6	2		7	8				
						6	7	
7			3		6	5	9	2
								8

		2			6	9		
6					2		8	
		4		5	7			1
2				1		6	3	7
1	3		9			5		
					6	4		8
9		5						2
7								





# INVÁZNE OCHORENIA VYVOLANÉ MENINGOKOKMI SKUPINY B SÚ ZRIEDKAVÉ...,

## KÝM NEPOSTIHNÚ VÁŠHO PACIENTA<sup>1,2</sup>

**67%** prípadov IMO na Slovensku  
bolo spôsobených meningokokom séro skupiny B.<sup>3,4</sup>

**Vakcína Bexsero je indikovaná na imunizáciu proti IMO  
spôsobeným MenB už od 2 mesiacov veku.<sup>5</sup>**

Tak ako každá očkovacia látka, ani Bexsero nemusí chrániť všetky očkované osoby pred invazívnym ochorením spôsobeným *Neisseria meningitidis* skupiny B.

Referencie: 1. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, et al. Meningococcal disease. N Engl J Med. 2001;344(18):1378-1388. 2. Pelton SL. Meningococcal disease awareness: clinical and epidemiological factors affecting prevention and management in adolescents. J Adolesc Health. 2010;46:595-515. 3. Kuzlíková A, Via prot., 2019;16(5):214-220. 4. UNZSR. Výročná správa NRC pre meningokoky za rok 2019. 5. Salim charakteristických vlastností vakcíny Bexsero, apríl 2020. Poznámka - referencie č. 3 obsahujú údaje do roku 2019, referencie č. 4 a 5 až do roku 2019.

IMO - Invázne meningokokové ochorenia, MenB - meningokoky skupiny B

### SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Bexsero injekčná suspenzia v naplnenej injekčnej striekačke

Vakcína proti meningokokom skupiny B (DNA, zložková, adsorbovaná)

**Držiteľ registračného rozhodnutia:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Taliansko. **Zloženie:** Liečivo: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: rekombinantný fyzičný proteín NribA *Neisseria meningitidis* skupiny B 50 mikrogramov, rekombinantný proteín NadA *Neisseria meningitidis* skupiny B 50 mikrogramov, rekombinantný proteín fHbp *Neisseria meningitidis* skupiny B 50 mikrogramov, vezikuly vonkajšej membrány (OMV) z *Neisseria meningitidis* skupiny B, kmeňa NC98/254, menšie ako celkové množstvo proteínov obsahujúcich PsaP1.4. 25 mikrogramov. **Farmakoterapeutická skupina:** meningokokové vakcíny, AIC kód: J07AH09. **Terapeutické indikácie:** Aktívna imunizácia jedincov vo veku od 2 mesiacov o starších proti invazívnemu meningokokovému ochoreniu spôsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny B. Pri použití vakcíny sa má vzťah do dávky vplyv invazívneho ochorenia na rôzne vekové skupiny, ako aj na variabilitu epidemiologickej antigénovej kmeňovej skupiny B v rôznych geografických oblastiach. **Informácie o ochrane proti špecifickým kmeňom skupiny B sú uvedené v časti 5.1 SPC.** Táto vakcína sa má používať v súlade s oficiálnymi odporúčaniami. **Dávkovanie:** **Dojčatá, 2 mesiace až 5 mesiacov:** Prvá dávka sa má podať najskôr vo veku 2 mesiacov. Bezpečnosť a účinnosť vakcíny Bexsero u dojčiat mladších ako 8 týždňov neboli doteraz stanovené. **Základné očkovanie:** tri dávky, každá po 0,5 ml. **Intervaly medzi dávkami základného očkovania:** nie kratšie ako 1 mesiac. **Dve dávky, každá po 0,5 ml. Intervaly medzi dávkami základného očkovania:** nie kratšie ako 2 mesiace. **Posilňovacia dávka:** Áno, jedna dávka vo veku medzi 12 a 15 mesiacmi s minimálne 6-mesačným odstupom medzi základnou sériou a posilňovacou dávkou. **V prípade oneskorenia sa posilňovacia dávka nemá podávať neskor ako vo veku 24 mesiacov. Dojčatá, 6 mesiacov až 11 mesiacov:** Základné očkovanie: dve dávky, každá po 0,5 ml. **Intervaly medzi dávkami základného očkovania:** nie kratšie ako 2 mesiace. **Posilňovacia dávka:** Áno, jedna dávka s 12- až 23-mesačným odstupom medzi základnou sériou a posilňovacou dávkou. **Áno, jedna dávka v druhom roku života s minimálne 2-mesačným odstupom medzi základnou sériou a posilňovacou dávkou. Deti, 12 mesiacov až 23 mesiacov:** Základné očkovanie: dve dávky, každá po 0,5 ml. **Intervaly medzi dávkami základného očkovania:** nie kratšie ako 2 mesiace. **Posilňovacia dávka:** Áno, jedna dávka s 12- až 23-mesačným odstupom medzi základnou sériou a posilňovacou dávkou. **Deti, 2 roky až 10 rokov, dospievajúci (od 11 rokov) a dospelí:** Základné očkovanie: dve dávky, každá po 0,5 ml. **Intervaly medzi dávkami základného očkovania:** nie kratšie ako 1 mesiac. **Posilňovacia dávka:** Na základe oficiálnych odporúčaní sa má podanie posilňovacej dávky zvoliť u osôb s pretrvávajúcim rizikom expozície meningokokovému ochoreniu. **Spôsob podávania:** hlboká intramuskulárna injekcia, pokiaľ možno do anterolaterálnej časti stehna dojčiat alebo do oblasti deltovej svaly u starších osôb. Ak sa v rovnakom čase podáva viac ako jedna vakcína, musia sa použiť rôzne miesta aplikácie injekcie. Vakcína sa nesmie podávať intravenózne, subkutánne ani intradermálne a nesmie sa miešať v tej istej injekčnej striekačke s inými vakcínami. **Kontraindikácie:** Prečítanosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia:** Aplikácia sa musí odložiť u osôb s typickými závažnými akútnymi horúčkami ochorením. **Pripravenosť ďalšej infekcie,** ako je nádcha, by však nemala viesť k odloženiu očkovania. **Neaplikujte intravaskulárne.** Po podaní vakcíny musí byť vždy k dispozícii nezávislá lekárska starostlivosť a dohľad pre prípad vzniku anafylaktického šoku. V súvislosti s podaním vakcíny sa môžu objaviť reakcie súvisiace s účinkosťou, vrátane vazovagálnych reakcií (synkopa), hyperventilácie alebo reakcií súvisiacich so stresom, ako je psychologická odpoveď na výdaj injekčnou ihlou. Je dôležité zabezpečiť opatrenia, aby sa predišlo zraneniu v dôsledku mdloby. **Nemá sa podávať osobám s trombocytopéniou alebo akoukoľvek poruchou zrážania krvi,** ktorá je kontraindikáciou intramuskulárneho podania. **Pri podaní série základného očkovania veľmi nezrelým deťom (narođeným s v. 28. týždňa gravidity),** a najmä tým, ktorí majú v anamnéze nezrelú dýchaciu sústavu, je nutné brať ohľad na možné riziko opnoe a potrebu monitorovania respirácie počas 48 - 72 hodín. **Interakcie:** Bexsero sa môže podávať súčasne s kvartárnymi antiseptikami a inými vakcínami. **U detí (do veku 10 rokov):** veľmi často: poruchy príjmu potravy, spavosť, neobvyklý plač, bolesť hlavy, hnačka, vracanie (menej často po posilňovacej dávke), vyrážky (deti vo veku 12 až 23 mesiacov) (menej často po posilňovacej dávke), aralgia, horúčka ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), čírvosť v mieste aplikácie injekcie (vrátane závažnej čírvosť v mieste aplikácie injekcie definovanej ako plač pri pohybe končatínou, do ktorej bolo podaná vakcína), erytém, opuch a indurácia v mieste aplikácie injekcie, podráždenosť, časté: vyrážky (dojčatá a deti vo veku 2 až 10 rokov); **menej často:** záchvaty (vrátane febrilných kŕčov), bledosť (zriedkavo po posilňovacej dávke), ekzém, horúčka ( $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ); **zriedkavo:** Kawasakiho syndróm, urtikária; **neznáme:** alergické reakcie (vrátane anafylaktických reakcií), hypotenzia-hyporeaktívna epizóda, meningálne dráždenie ako stuhnutosť šije alebo fotofóbia, reakcie v mieste vpichu (zahŕňajúce rozsiahly opuch končatín, do ktorej bolo podaná vakcína, pluzžiere v mieste alebo v okolí miesta podania injekcie a ťažkosť v mieste vpichu, ktorý môže pretrvávajúť dlhšie ako jeden mesiac). **Dospievajúci (od 11 rokov veku) a dospelí:** veľmi často: bolesť hlavy, nevoľnosť, myalgia, aralgia, bolesť v mieste aplikácie injekcie (vrátane závažnej bolesti v mieste aplikácie injekcie definovanej ako neschopnosť vykonávať bežné denné činnosti), opuch, indurácia a erytém v mieste aplikácie injekcie, malátnosť; **neznáme:** alergické reakcie (vrátane anafylaktických reakcií), synkopa alebo vazovagálne odpovede na injekciu, meningálne dráždenie ako stuhnutosť šije alebo fotofóbia, horúčka, reakcie v mieste vpichu (zahŕňajúce rozsiahly opuch končatín, do ktorej bolo podaná vakcína, pluzžiere v mieste alebo v okolí miesta podania injekcie a ťažkosť v mieste vpichu, ktorý môže pretrvávajúť dlhšie ako jeden mesiac). **Uchovávanie:** v chladničke pri teplote ( $2^{\circ}\text{C} - 8^{\circ}\text{C}$ ) v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom. **Neuchovávať v mrazničke. Výdaj lieku** je viazaný na lekárske predpis.

Dátum poslednej revízie textu: 04/2020 \* Všimnite si prosím zmeny v informácii o lieku.

Pred predpisovaním sa oboznámte s úplnou informáciou o lieku.

Podrobnejšie informácie dostupné na požiadanie: GlaxoSmithKline Slovakia, s. r. o., Galvaniho 7/A, 821 04 Bratislava 2, tel.: 02/4826 1111, fax: 02/4826 1110, www.gsk.sk

Kontakť pre prípad hlásenia nežiadúcich účinkov: sksafety@gsk.com

PM-SKBEXADV2-200001

Dátum prípravy: máj 2020

Materiál určený pre odbornú verejnosť.

**NOVINKA**  
Očkovacia  
schéma 2+1  
pre deti vo veku  
2 - 5 mesiacov<sup>5</sup>

**BEXSERO**  
vakcína proti meningokokom séro skupiny B  
(rDNA, zložková, adsorbovaná)



**ŽIOTNÉ POISTENIE W-KOMPLEX  
PRE VÁS A VAŠE DETI**

**ŽITE S ĽAHKOSŤOU  
A BEZ OBÁV**

V cene vášho poistenia získate pripoistenie vybraných rizík pre vaše deti.

**wūstenrot**

ŽIVOT SA MENÍ RÝCHLO