

COVID-19 – ako poznamenala pandémia organizáciu práce všeobecného lekára pre dospelých?

Prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Nové Zámky

Pandémia COVID-19 zaskočila prakticky celý svet svojou dynamikou a závažnosťou priebehu. Pôvodné informácie predpokladali, že na zamedzenie jej šírenia postačia predovšetkým prísne protiepidemické opatrenia, vývoj poukázal na význam kolektívnej imunity získanej očkovaním. V zdravotníctve bolo nevyhnutné zvládať nápor pacientov, ktorý sa dominantne prejavoval v ambulanciách primárnej zdravotnej starostlivosti, ktoré často zostávali vo svojej činnosti odborne a organizačne osamotené. Pacienti so závažným priebehom ochorenia sa stali problémom najmä oddelení intenzívnej starostlivosti. Priebeh epidémie poukázal na význam zmien v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti. V ambulantnej sfére sa z pôvodne prezenčného poskytovania zdravotnej starostlivosti presadil distančný spôsob so všetkými rizikami pre nepripravenú laickú i odbornú verejnosť. Starostlivosť zdravotníkov bola často limitovaná dynamikou vývoja poznania, poznamenaná tlakom mediálne neraz dezinformovanej verejnosti, často pôvodne nádejné lieky pomerne rýchlo odchádzali do zabudnutia. Pri prechodnom ústupe epidémie zrejme nastal čas na zhodnotenie prístupu vo všetkých sférach spoločnosti, ktoré by sa stali poučením do budúcnosti.

Kľúčové slová: pandémia COVID-19, primárna zdravotná starostlivosť, odporúčania, riadenie zdravotníctva, reprofiliácia poskytovania zdravotnej starostlivosti, telemedicína

COVID-19 – how pandemic marked general practitioner work organization?

The COVID-19 pandemic took the world by surprise with its dynamism and gravity. The original information presupposed strict anti-epidemic measures to prevent its spread, the development pointed to the importance of collective immunity obtained by vaccination. In healthcare, it was necessary to manage the influx of patients, which is dominant in primary health care clinics, which often remained professionally and organizationally alone in their activities. Patients with a severe course of the disease have become a problem especially in the intensive care unit. The course of the epidemic pointed out the importance of changes in the system of health care provision. The care of health professionals was often limited by the dynamics of the development of knowledge, marked by the pressure of the media, often disinforming by the public, often the originally promising drugs went to oblivion relatively quickly. With the temporary retreat of the epidemic, it probably came time to evaluate the approach in all spheres of society, which would be a lesson for the future.

Key words: COVID-19 pandemic, primary health care, guide line, healthcare management, reprofiling of health care, telemedicine

Via pract., 2022;19(4):185-190

Dynamika spoločenského vývoja síce zatláča do úzadia problém pandémie COVID-19, ale nemali by sme zabudnúť, že najmä v jej začiatkoch dominovala naprieč svetadielmi neprofesionalita, naivita a neznalosť ľudí zodpovedných za riadenie spoločnosti, ktorí nemali v úcte etablované inštitúcie, i nekompetentnosť „odborníkov“, ktorými sa obklopovali (1). Populácia vnímala konanie a vyjadrovanie riadiacich zložiek ako chaotické, akoby chýbal premyslený a skĺbený systém riadenia, podávania informácií. Spoločnosť bola zaplavená skepsou, nedôverou k vyhlasovaným opatreniam, nevidela východisko zo súženia pandémie. Významný priestor a hlas dostávali rozkladné sily obratne prikladajúce pod kotoľ spoločenskej agresivity hroziaci výbuchom násilia. Často podporované neprimeranou mediálnou

pozornosťou venovanou neovereným informáciám, odborne nepodloženým radám. Objavovali sa prejavy rezignácie na dodržiavanie protipandemických opatrení a výhody očkovania sprevádzané fatalistickou vierou v predurčený osud, vo vlastnú schopnosť prekonať COVID-19. Pôvodná vďačnosť zdravotníkom za obetavú prácu sa dĺžkou trvania pandémie preklopila až do prejavov agresívnej nespokojnosti, sťažností. Ukázalo sa, že žiadne univerzálne riešenia nie sú, cenné sú skúsenosti odborných autorít, ktoré dokážu prezentovať príklady zvládania epidémií v hospodársky zaostalejších krajinách.

Spoločenská atmosféra v krajine je nesporne dôležitá pre úspešné zvládnutie pandémie. Môže byť pre nás poučením v médiách pertraktované poznanie, že pandémiu najlepšie zvládali krajiny, kde

spoločnosť dôveruje politikom, že zastupujú verejný záujem a dokážu nájsť konsenzus nezávisle od politickej orientácie aspoň v životne dôležitých situáciách. V krízovom prostredí sa od riadenia štátu očakávajú fundovane podložené kľúčové rozhodnutia, kompaktné opatrenia, adresné a realizovateľné, zohľadňujúce celé spektrum nevyhnutných krokov v súvislostiach ich vplyvu na rôzne sféry života. Účinnou stratégiou je včasné podávanie informácií občanom autoritou z centrálného a hodnoverného zdroja, tlmočené premyslenými, rozhodnými vyjadreniami vzbudzujúcimi dôveru v konanie politickej reprezentácie, nie rozpačito podávané v záplave slov a občas až protirečivé. Na odborníkov v jednotlivých segmentoch zostáva úloha vysvetliť problém ochorenia a zdôvodniť protiepidemické opatrenia. Situáciu dofarbuje i skutoč-

nosť, že mediálne informovanie doteraz pôsobí skôr ako smršť síce pravdivých, ale prevažne negatívnych správ o priebehu pandémie, navodzujúcich deprimujúci dojem bezvýhodiskovej situácie. Ich prevahou nad pozitívnym informáciami o vyliečených pacientoch sa podarilo naplniť diagnózu ochorenia COVID-19 negatívnym emočným nábojom takej sily, že pacienti v strachu zo smrti odmietali hospitalizáciu. Médiam by určite pomohlo, keby tak ako je v medicíne už spracovaný etický kódex, ostatne jeho dodržiavanie sa s obľubou práve v médiách diskutuje, dokázali nájsť priechodné riešenie, ako eticky pristupovať ku korektnému a premyslenému podávaniu správ verejnosti, aby sa zachovalo právo na informovanosť, ale zároveň sa zabránilo panickým dopadom. Poskytovanie informácií dôveryhodnými odbornými autoritami je zárukou efektu a prevenciou zmätených reakcií občanov v situácii, keď pandémie a nevyhnutné opatrenia bolestivo doliehajú na celú krajinu. Mediálne informovanie plní významnú a často zanedbávanú funkciu i vo zvyšovaní zdravotnej gramotnosti populácie, dôvery v zdravotníctvo ako základnej sociálnej istoty občana. Korektne informovaný občan je motivovaný k spolupráci, k dodržiavaniu opatrení (2).

Dnes sme v období prechodného ústupu pandémie, je čas na zhodnotenie, či boli včas a adekvátne vykonané opatrenia pre pripravenosť zdravotníctva na zvládanie situácie. Pozornosť riadiacich orgánov zdravotníctva nepochybne i vďaka mediálnej pozornosti sa upierala predovšetkým na život zachraňujúcu starostlivosť o pacientov na lôžku. Akosi sa pozabudlo, že ak chceme zabrániť zahľteniu urgentov a nemocníc pacientmi, je dôležité riešiť podstatnú časť zdravotnej starostlivosti (ZS) ešte pred ich bránami. Efektívne zdravotnícke systémy sú koncepcne budované na primárnej ambulantnej starostlivosti (PAS), ktorá je schopná zvládať i explozívny nárast covidových pacientov, podľa štatistik je 80 – 90 % riešených ambulantne. Základným problémom bola skutočnosť, že všeobecní lekári pre dospelých (VLD) zostali bez adekvátnej podpory, odborne a organizačne osamotení. Možnosťou odbornej konzultácie sa prakticky stali len urgenty

nemocníc, event. covidové ambulancie zriaďované v niektorých regionálnych nemocniciach. Opäť sa raz ukázalo, že PAS je ako vždy prvá v rade, ak ide o riešenie zdravotných problémov populácie, pridelovanie povinností, neskôr pre hľadanie vinníka nedostatočného zvládania pandémie, ale na opačnom konci poradia pri poskytovaní reálnej podpory.

Situáciu v systéme ZS poznamenávalo určite nie najšťastnejšie zvolené obdobie pre transformačné opatrenia, nie vždy odborným a politickým konsenzom podmienené snaženia o reformu nemocníc, zmeny v predpisovaní liekov a pomôcok, ktoré v čase existenčného ohrozenia len prehľbujú zmätok občana, znechutenie pandemiou preťažených odborníkov. Tendenciou riadiacich orgánov zdravotníctva bolo ako vždy riešiť problémy vydaním usmernení, vyhlášok, čím ďalej tým viac, čím podrobnejšie formulovaných bez ohľadu na to, ako ich spoločnosť a systém ZS dokáže akceptovať a realizovať. Informačný tok nebol dostatočne centrálné koordinovaný a riadený, v úprimnej snahe pomôcť ho nahrádzali informácie a pokyny posielané lekárom zo všetkých strán, jednoznačne záplava, ktorá sa nedala pri práci odsledovať. Stačil rozdiel v texte, v delegovanej či reálnej autorite odosielateľa a príjemcovia – či už zdravotníci, alebo občania – zneisteli. I dobre mienené a odborne korektné rozhodnutia sa strácali v záplave slov, ich prísun sa zrýchľoval a inovácie prichádzali skôr, ako sa stihli ujať predchádzajúce. Ich dopad na verejnosť bol zanedbateľný, dostávali sa síce k zdravotníkom, ale nie k občanom, a ak sa táto informácia vôbec dostala k laickej verejnosti, neprenikala s dostatočným dôrazom do jej vedomia, a samozrejme sa neodzrkadľovala v jej konaní. Pretrvávajúca nechuť politickej reprezentácie svojím postojom a jednoznačnými vyjadreniami poučiť populáciu o nevyhnutnosti opatrení znižovala ochotu pacientov rešpektovať organizačné a iné obmedzenia v zdravotníctve. Poučenie zostávalo na beadrách VLD, ktorý sa stával v očiach chorého prekážkou v dosiahnutí očakávanej výhody, čo priam systémovo zakladalo neželaný konflikt v ambulancii, postupom času množilo sťažnosti.

Dynamika pandémie prinášala k diagnostike a terapii mimo postupne inovovaného štandardného postupu MZ (ŠP) stúpajúce až temer neprehľadné množstvo viac či menej dôveryhodných odporúčaní, publikácií v domácej i zahraničnej literatúre (3, 4, 5, 6, 7, 8). Ich dostupnosť sa pre lekárov v praxi, možnosť priebežného sledovania vývoja poznatkov popri úmornej práci v pandémii stávala problémom. Poskytovanie ZS poznamenával i dynamický vývoj poznatkov, podporených usmerneniami MZ, v situácii keď mnohé pôvodne favorizované liečivá, ktorým i odborná literatúra prisudzovala účinnosť v liečbe, ako napríklad remdesivir, monoklonálne protilátky (9), postupne strácali na význame a ich účinnosť nebola potvrdená. Iným príkladom je ivermektín, napriek kontroverziám sprevádzajúcim jeho použitie v liečbe ochorenia COVID-19 v iniciálnej fáze – replikácie vírusu – pretrváva u mnohých odborníkov dôvera v jeho opodstatnenie pri liečbe. Od januára 2021 bol schválený MZ SR na pol roka na „skúšobné použitie“ u pacientov s COVID-19 (10).

V začiatkoch pandémie neboli k dispozícii možnosti pre- a postexpozícinej terapie, liečby v prednemocničnom období zodpovedajúce závažnosti ochorenia. Prvotné postupy predpokladali pre ambulantnú prax skôr symptomatickú liečbu, vitamínoterapiu a sledovanie pacienta ošetrojúcim VLD, pri zhoršení hospitalizáciu. Pozabudlo sa na skutočnosť, že pacienti v strachu z existenčného ohrozenia nečakali doma so založenými rukami na svoj ďalší osud, ale ako živé bytosti, ktoré majú zdravotné a iné problémy, domáhali sa promptnej pomoci. Situácia neumožňovala mnohokrát liečbu výlučne podľa protokolov postavených dominantne na EBM dôkazoch z randomizovaných klinických štúdií (RCTs) (11), ktoré dôsledným prístupom nie vždy stihnú aktuálne inovácie. Podnetné boli všetky poznatky, názory a skúsenosti expertov, i keď nespĺňali EBM kritériá. Potom nebolo prekvapením, že pod tlakom mediálne neraz dezinformovanej verejnosti, ktorá sa často snažila o vlastnú diagnostiku na základe informácií sociálnych sietí poskytujúcich síce okamžité, ale mnohokrát nepresné

a odborne neoverené informácie, volili VLD postupy, ktoré sa odchyľovali od ŠP. Už pri prvých príznakoch ochorenia COVID-19 boli v liečbe favorizované ATB, antivirotiká, občas kortikoidy i antikoagulanciá, často podávané distančným spôsobom, bez klinického, laboratórneho a prípadne rtg vyšetrenia. Dynamika vývoja a množstvo často protichodných informácií z odborných i verejne dostupných zdrojov, diskutabilná interpretácia výsledkov štúdií zneisťuje odbornú verejnosť v postupoch, stáva sa už i podnetom pre sťažnosti pri neúspechu liečby. Zrejme bude vhodné rozťať gordický uzol a zaujať stanovisko k faktu, či výlučným zdrojom odborne správnych postupov v praxi sú len ŠP MZ SR, prípadne renomovaných medzinárodných inštitúcií (WHO, EU...) alebo či sú akceptovateľné aj zaujímavé podnety z ďalších odborných zdrojov ako FLCCC s dokumentovaným úspechom liečby.

V organizácii zdravotníctva si pandémie vyžiadala inovácie. Pre úspešný chod zdravotníctva ako celku bolo dôležité udržať napriek riziku šírenia infekcie v ambulantných zariadeniach funkčný systém PAS. Prvým problémom, na ktorý sa pozabudlo, bola ich ochrana, (ne)poskytnutie dezinfekčných a osobných ochranných prostriedkov (OOP) s jasnými poučeniami, ako s nimi zaobchádzať, resp. finančná bonifikácia s informáciami, kde a aké prostriedky si zaopatriť. Dôsledkom bola niekedy izolácia zdravotníkov, ich pochopiteľná snaha v o prevažne distančný spôsob poskytovania ZS. Pozabudlo sa na vysokú hrozbu ochorenia VLD v poddimenzovanej sieti, preťažených i v štandardných podmienkach práce, nie to ešte v pandémie. Veková štruktúra aktívnych VLD potvrdzuje, že sú ohrození snáď najzávažnejším rizikovým faktorom infikovania a ťažšieho priebehu ochorenia – stúpajúcim vekom. Ich výpadky z práce sú pri známom nedostatku lekárov závažným organizačným problémom, často za nich niet náhrady. Zastupovanie – ak je vôbec kým – znamená pre ďalšieho lekára pri jeho nadmernej záťaži prisun neznámych pacientov bez dostupnej zdravotnej dokumentácie.

Rizikovým momentom šírenia ochorenia sa stal vžitý spôsob práce VLD

podporujúci osobné návštevy, vzájomné kontakty pacientov v čakárni. Návrhy MZ na reprofilizáciu činnosti boli vedečné snahou o zníženie návštev pacientov v ambulancii, samozrejme s elimináciou možného podhodnotenia ochorenia so závažným dopadom (3). Dĺžkou trvania pandémie sa vyčerpávala trpezlivosť a pochopenie klientely pre distančný prístup, stúpala netrpezlivosť a ambulancie boli často zaplavené osobami s problémami, ktoré by zniesli odklad bez ohrozenia pacienta. Súčasťou odporúčani MZ bolo eliminovať kontakt zdravej a rizikovej populácie, priestorovo ich oddeliť v čakárni a vyšetrovní. V reálnom živote je toto separovanie v izolovanej miestnosti pre chorých s podozrením na infekciu pre väčšinu ambulantných PAS iluzórnou požiadavkou. Vhodnejším riešením bolo v ŠP odporúčané vyčlenenie času na vyšetrenie pacientov s podozrením na COVID-19 v ambulancii mimo bežnej prevádzky po telefonickom dohovore. Infekčným rizikom boli potom pacienti, ktorí ho neakceptovali, napriek poučeniu často prichádzali do ambulancie počas bežného pracovného času. Oddelenie ordinačných hodín narážalo i na organizáciu práce, odbery biologického materiálu vhodné na diagnostiku a sledovaniu priebehu ochorenia sú možné prakticky len v doobedňajších hodinách. Organizačným problémom najmä z časových dôvodov sa potom stávalo odporúčané použitie adekvátnych OOP podľa ŠP pri suspektnom alebo potvrdenom prípade COVID počas bežného prúdu pacientov (3). Vyšetrenie v domácnosti už z minulosti známeho pacienta hrozilo rizikom prenosu ochorenia i pri dodržaní protiepidemických opatrení. V drvivej väčšine prípadov neprinášalo kľúčové poznatky, bolo náročné na čas lekára. Značilo prerušenie práce v ambulancii, bolo hrozbou predĺženia pobytu pacientov v rizikovom prostredí čakárne.

Distančný spôsob poskytovania ZS mení zabehnutý režim práce, v pandémie stúpa význam bezkontaktného spôsobu, redukuje osobné návštevy. Najmä prostriedkami telemedicíny, chápanej v širšom slova zmysle ako distančná medicína alebo medicína na diaľku určená predovšetkým na komunikáciu lekára s pacientom prostredníctvom in-

formačných a komunikačných kanálov – najmä prostredníctvom telefónu, faxu, internetu, mobilných zariadení (12). Na základe záverov publikácie *Perspectives on the pandemic* je predpoklad, že až 20 až 35 % všetkých medicínskych kontaktov zdravotníkov s pacientmi by mohlo v budúcnosti prebiehať prostriedkami telemedicíny (13). Stáva sa časovou úsporou pre chorého, ktorý nemusí navštíviť ambulanciu, ale pre lekára je odborne náročnejšia než osobné vyšetrenie. Podmienkou úspešného priebehu je znalosť pacienta, jeho fyzického a psychického stavu, sociálneho statusu, reakcií na záťaž a schopnosti spolupráce. Nespornou výhodou je bezpečnosť pri hrozbe prenosu infekcie, nezávisí od možnosti dopravy pacienta do ambulancie ani od vzdialenosti od bydliska. Rizikom je validita údajov a distančne je nemožné fyzické vyšetrenie pacienta, možnosť zahltenia chodu ambulancie požadovaním riešení banalít. Hrozia konflikty až sťažnosti pre nepripravenosť a nepochopenie populácie, resp. neakceptovanie jednotlivcami, najmä pri neúspešnosti liečby v súvislosti s telefonickými konzultáciami. Brzdou uplatnenia je legislatíva nedostatočne zohľadňujúca jej princípy (2). Predbežne chýba i edukácia zdravotníkov na jej uplatnenie v praxi, tiež je nedostatok validných odporúčaní EBM pre distančné vyšetrenia (14). Podmienkou úspechu distančného prístupu je nevyhnutne korektná informovanosť občana o ochorení, možnostiach svojpomoci alebo vyšetrenia lekárom, diagnostike, terapii. Prostriedkom môže byť písomné poučenie o COVID-19 a jeho možnom priebehu predprípravené programom v počítači a poskytnuté chorému (tlač, e-mail a pod.). Príkladov je dosť, uvádzame text aplikovaný na naše možnosti (15, 16).

Ochorenie s prejavmi miernych príznakov. Najčastejšie ide o bolesti kĺbov, svalov, hlavy, hrdla, kašeľ a výtok z nosa, horúčka, tras a zimnica, strata čuchu či chuti, prejavy dyspepsie, najmä hnačka a nauzea s vracaním. Dá sa dobre zvládnuť doma, bez lekárskej konzultácie, nutné je zabezpečiť dostatok odpočinku, možnosť napriek ochoreniu zostať aktívny (zostať v dome a/alebo záhrade, problém panelákových bytov...),

zabezpečiť vhodnú a kvalitnú pravidelnú stravu, dostatočný príjem tekutín. Liečba je symptomatická – užívanie paracetamolu alebo ibuprofenu na zmiernenie príznakov, pri pochybnostiach konzultácia VLD.

Ochorenie so stredne závažnými príznakmi charakterizuje niekoľko dní trvajúca teplota nad 38 stupňov, zvýraznené príznaky poškodenia gastrointestinálneho traktu – vracanie alebo hnačka, mierna dýchavičnosť, pretrvávajúci až záchvatový kašeľ, pocity nezvyčajnej únavy a slabosti, ktoré znemožňujú vstať z lôžka. Ďalej pokles saturácie O₂ pod 93 – 94 %, rýchlosť dýchania 20 – 30 dychov za minútu. Ak denník symptómov preukazuje ich zhoršovanie, odporúča sa okamžitá konzultácia VLD a zväzovanie hospitalizácie.

Výskyt závažných príznakov a ich zhoršenie signalizuje závažná dýchavičnosť pri minimálnej námahe, chôdzi či hovorení, vykašliavanie krvi, zmodranie pier alebo tváre, studená a vlhká alebo bledá a škrvnitá pokožka, bolesť alebo tlak na hrudi, zmätenosť, mdloby, problém udržať oči otvorené, malé alebo žiadne vylučovanie moču. Z meraní pokles saturácie kyslíka pod 92 %, viac ako 30 dychov za minútu, srdcová frekvencia viac ako 120 pulzov za minútu, možný pokles TK. Odporúčaním je okamžitý telefonát na dispečing RZP, pomalá reč a zachovanie pokoja, informovať o výsledku testu, kontakte s COVID-19 pozitívnou osobou (posádka RZP podľa toho volí ochranné pomôcky).

Záverom písomného poučenia je individualizácia prístupu, doplnenie textu o rady na základe znalosti pacienta a miery spolupráce, anamnézy a rizikových faktorov (RF), komorbidít, najmä DM, obezita, KVSCH.

Selfmonitoring poučeného pacienta s dnes už možným odosielaním výsledkov lekárovi predpokladá schopnosť chorého viesť denník subjektívnych ťažkostí a klinických symptómov ochorenia COVID-19, sledovať a hodnotiť ich závažnosť a vývoj. Pomocným ukazovateľom sú namerané a postupne zapisované hodnoty poukazujúce na stav organizmu – saturácia O₂, telesná teplota, tlak krvi, pulzová a dychová frekvencia, u diabetika glykémia.

Telefonická konzultácia sa stala prvotným kontaktom so zdravotníckym personálom. Prekvapujúcim poznáním je, že tento inak bežný komunikačný postup vyvolával toľko nejasností a sťažností. Organizačným problémom bola ochota society pochopiť limity ambulancie zahltenej telefonátmi, lebo chorému sa nemusí podariť dovolať na prvý pokus. Pri dennej návšteve asi 60 – 80 pacientov, 30 – 40 telefonátov o recept, 30 telefonických konzultácií, viacerých e-mailových poučení vyžadujúcich čas a koncentráciu lekára je neprimeranou záťažou pre chod ambulancie. V tomto pretlaku by bola vítaným odľahčením pandemická pomoc vo forme financovania zdravotnej sestry-recepčnej, schopnej pacientov triediť na tých, ktorým môže sama poradiť, a na tých, ktorí vyžadujú konzultáciu lekára. Doplnením by bolo zriadenie telefonickéj linky a informačného centra pre internetovú komunikáciu ako možnosť poradiť pri nedostupnosti VLD. Telefonická konzultácia podľa usmernenia ŠP umožňuje triáž na základe informácie poskytnutej o zdravotnom stave pacienta v epidemiologickej súvislosti. Podľa jej výsledku rozhodoval VLD, či ponechať pacienta doma a poskytnúť telefonickú radu, odporučiť vyšetrenie, hospitalizáciu, rozhodoval o použití typu OOP podľa príslušného štandardu (3). Pre úspech telefonickéj konzultácie je dôležité mať pripravenú premyslenú štruktúru kontrolovaného rozhovoru poskytnutú zdravotníkom, prípadne i pacientom (zrejme pripravenú MZ), ktorá znižuje riziko nepochopenia, konfliktov. Na základe úvodnej konzultácie s lekárom je podľa odporúčania MZ ČR na distančnú starostlivosť indikovaný nerizikový pacient s príznakmi ľahkej infekcie, vhodný je test v odberovom mieste alebo ordinácii po predchádzajúcom objednaní. Stav pacienta by mal byť pravidelne kontrolovaný distančnými konzultáciami na posúdenie vhodnosti/načasovania klinického vyšetrenia (17). Po vstupnej identifikácii je významné počiatočné upokojenie volajúceho pacienta, odfiltrovanie negatívnych podnetov, najmä zmätenosti chorého vydeseného z množstva prevažne negatívnych správ, ktoré deformujú validitu poskytovaných informácií. Pre hodnotenie je dôležité určiť začiatok ochorenia a trvania symptó-

mov, dominujúce príznaky, ako teplota, neobvyklá únavnosť a spavosť, závraty. Signálom dychovej tiesne a tým aj závažnosti stavu je rečový prejav chorého, zadýchavanie, neschopnosť rozprávať súvisle v dlhších vetách bez prerušovania na jeden nádych. Významnou informáciou je i charakter kašľa, môže byť záchvatovitý, suchý, vlhký s expektoráciou, pomáha informácia o farbe tváre, pier, strate chuti a čuchu. Pomerne častá je zmätenosť, postihnutý si nespomína na mená, denný čas, nedávne udalosti. Najmä pre diabetika je dôležitým údajom, či je schopný prijímať potravu, dostatočné množstvo tekutín, či pociťuje nevoľnosť alebo vracia, či má hnačku. Aktívne otázky musia počas rozhovoru smerovať k novej prítomnosti varovných príznakov COVID-19 (red flags – napr. pískanie, bolesť na hrudníku, dýchavičnosť, zmeny mentálneho statusu) (3), ktoré bežne pri vyšetrení v ambulancii registrujeme. Pomocou sú údaje z denníka ochorenia, hodnoty zo selfmonitoringu a ich dynamika. Pre ďalšiu ZS je významné určiť epidemiologický status v domácnosti a societe, spoznať rizikové kontakty a požiadavky na podpornú starostlivosť. Záverom je základné poučenie, ako znížiť riziko šírenia infekcie, pokyny ohľadom izolácie a režimu domácej starostlivosti, určenie liečby, poučenie o kritériách zhoršenia stavu, volania RZP, dátume kontroly. Rozhovor končí položením kontrolných otázok v súvislosti s pochopením pokynov, schopnosťou a ochotou pacienta akceptovať odporúčania, reagovať na progresiu ochorenia. Samozrejmom povinnosťou je záznam v zdravotnej dokumentácii, otázne je, aký podrobný, aby sa stal i právnou ochranou lekára pri novej sťažnostnej agende (18).

Videohovor vedený z domácnosti pacienta je zriedkavejším, ale osobnejším kontaktom ako telefonát, pacienti ho vnímajú ako viac dôveryhodný (2). Lekárovi poskytuje širšie možnosti hodnotenia videného pacienta, umožňuje väčší osobný vplyv a väčšie možnosti kontroly hovoru. Pri videohovore je vhodné mať k dispozícii monitor, ktorý ho prenáša, a ďalší, na ktorom lekár vidí dokumentáciu pacienta. Stúpajúcou kvalitou spojenia sa dostáva videohovor v očiach pacienta temer na rovnakú úroveň ako osobný rozhovor (19).

Počítačové aplikácie ako podporne rozhodovacie systémy na hodnotenie zdravotného stavu pacienta sú vhodné na použitie z domu bez nutnosti návštevy lekára (12). Možnosťou je samorozhodovanie pacienta podľa predpripravenej aplikácie, v ktorej odborníci vyhodnotia symptómy a zoradia ich na základe závažnosti a frekvencie výskytu do schémy postupne podľa logiky ich možného vývoja. Aplikácia po vyhľadani naviguje chorého škálou možných odpovedí k prejavom choroby – subjektívne ťažkosti, celkové prejavy, príznaky z najviac ohrozených orgánov – red flags, doplnené o údaje meraní zo selfmonitoringu. Program pacienta vedie k záveru, či je schopný pokračovať v domácej liečbe, či je nevyhnutná návšteva lekára. Monitorovanie zdravotného stavu lekárom je možné či v nadväznosti na predošlú aplikáciu, alebo ako samostatná verzia. Lekár má k dispozícii do dotazníka zaznamenané údaje o aktuálnom zdravotnom stave pacienta, výsledky hodnôt T, TK, P, dychovej frekvencie, SpO₂, glykémie. Môže monitorovať jeho aktuálny stav a navrhovať postup podľa vývoja ochorenia, včasným podchytením príznakov zhoršenia predísť komplikáciami. Aplikácia fungujúca ako „virtuálne covidové oddelenie“ sa už používa v Univerzitnej nemocnici Martin (20).

Konzultačné možnosti VLD sa v pandémie zmenili, prirodzeným konzultačným miestom pre dif. dg. covidu by mala byť ambulancia infekčného lekárstva (21). Nie sú štandardnou súčasťou regionálnych nemocníc a po reprofilizácii/rušení infekčných oddelení nemôžu zostávajúce kapacitne zvládnuť množstvo chorých. Vzhľadom na dominanciu príznakov zo strany respiračných orgánov by mala byť ďalším prirodzeným miestom konzultácie pneumologická ambulancia. Jej známa záťaž i mimo epidémie množstvom chronicky chorých – astma bronchiale, CHOCHP, ktorí sú imunokompromitovaní a maximálne rizikovní pre vznik covidovej infekcie – jej neumožňuje z kapacitných dôvodov splniť náročnú úlohu pri akútnych stavoch. Miestom konzultácií pre VLD sa potom stali centrálné prijímacie oddelenia a urgenty nemocníc, ktoré po klinickom, laboratórnom a prístrojovom vyšetrení triedili pacientov

na indikovaných na hospitalizáciu a na schopných ambulantnej starostlivosti s odporúčaním postupu pri domácej liečbe. Niektoré nemocnice sa pokúsili doriešiť chýbajúce konzultačné možnosti VLD a preťaženosť urgentov zriadením covidových ambulancií. Minimálne za úvahu stojí myšlienka, či dnešná pandémia, migrácia a stúpajúce riziko výskytu a prenosu ochorení, s ktorými v našom regióne nie sú skúsenosti, nepoukazuje na vhodnosť rozšírenia siete infekčných a zrejme i pneumologických ambulancií. Dnes sa aj lekárne stáva miestom prvej konzultácie pacienta, aktuálna je výmena informácií medzi farmaceutom a VLD. Absencia tejto komunikácie môže dezorientovať pacienta, najmä v situácii, keď je na začiatku liečenia COVID-19 odporúčaná symptomatická liečba. V populácii kolujú informácie o alternatívnych spôsoboch liečby, pod ich vplyvom pacienti podľaňnú nákupom antivirov dostupných bez preskripčného obmedzenia, prípadne veterinárnych produktov, užívajú ich bez vedomia VLD.

Long covid a nárast počtu ním poznamenaných pacientov sa stáva všeobecným problémom, návrhov na riešenie sa objavuje viac. Jednou z prednesených možností je vytvorenie centier postcovidovej starostlivosti výlučne na riešenie následkov ochorenia. Návrh vytvára paralelnú štruktúru k doterajšiemu systému ZS s vynárajúcim sa organizačnými, kompetenčnými a inými otázkami. Diskutabilné je, či sa stane súčasťou lôžkovej alebo ambulantnej sféry lekárov, z ktorých špecializácií sa bude formovať. Zrejme podľa najčastejšieho výskytu symptómov – pneumológ, neurológ, psychiater a pod., ďalej podľa vývoja poznania. Otázne je, odkiaľ získať dostatok personálu, už z minulosti je síce známy, ale dlhodobo podceňovaný nedostatok lekárov a sestier. Nejasné je, ako by oddelenie fungovalo, či bez funkčného filtra PAS regulujúceho prístup, alebo s ponechaním voľného prístupu z rozhodnutia pacienta, ktorý vníma svoj stav ako postcovidový, bez dostupnosti predošlej zdravotnej dokumentácie. Potom je otázne, kto rozhodne, ku ktorej odbornosti sa pacient v centre obráti. Zrejme použiteľnejším riešením je edukácia o long covide v každej odbornosti.

I keď akoby sme pod tlakom rútiacich sa problémov pandémie pozabudli, že integrujúcu odbornosť v problematike infekčných ochorení už máme, odbor infektológie a geografickej medicíny aj s lôžkovým zázemím. Zároveň stojí za zamyslenie, či vývoj nepoukázal na krátkozrakosť šetriacich opatrení – rušenie infekčných oddelení, LDCH a iných zdravotne sociálnych zariadení v regiónoch, ktoré by dnes boli vítanou pomocou.

Dnešný stav spoločnosti je len zrkadlom toho, kam sme sa za posledné desaťročia dostali, kam nás favorizácia ekonomických ukazovateľov úspechu pred rozvojom sociálnej starostlivosti a hlavne zdravotníctva dostali. Nie je v tomto okamihu dôvod mňať sily na hľadanie vinníkov a príčin neutešeného stavu, dôležité je zvládnuť epidémiu. Po jej ukončení bude čas na dôslednú systémovú analýzu a zhodnotenie politických zlyhaní, reakcií obyvateľstva. Predbežne by optimálnym poučením do nových vln pandémie mohlo byť zužitkovanie skúseností a podnetov z dostupných publikácií, zrejme dozrel aj čas zhodnotiť ZS o pacientov s COVID-19, diagnostické a liečebné postupy v reálnom klinickom svete, určiť, ako sa prejavili v spotrebe liekov. Pandémia napriek všetkým negatívam otvára i možnosť zamyslieť sa nad systémom ZS, aby sme nedopustili zabudnutie prísľubov politickej reprezentácie o nevyhnutnosti jeho riešenia a podpore vo všetkých sférach riadenia spoločnosti.

Konflikt záujmov: Autor nie je v konflikte záujmov.

Literatúra

1. Stejskal F. Covid-19 – devět měsíců zkušeností. Jsou přístupy ke kontrole této infekce racionální? *Farmakoter Revue*. 2020;5(Suppl 1):8-14.
2. TELEMEDICÍNA. Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2020. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Společnost všeobecného lékařství.
3. Eftimová P, Šimková A. Štandardný postup pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecnej ambulancii pre dospelých počas pandémie COVID-19 (verzia 4 platná od dňa 25-11-2021).
4. WHO. Therapeutics and COVID-19 Living guideline 7 December 2021. European Centre for Disease Prevention and Control, An agency of the European Union. Treatment and pharmaceutical prophylaxis of COVID-19.
5. National Institute of Health NIH recommendations for the treatment of COVID-19 across the stages of the disease. Last Updated: October 19, 2021.

6. FLCCC – Front Line COVID-19 Critical Care Alliance. Prophylaxis & Treatment Protocols for COVID-19. Available from: <<https://covid19criticalcare.com>>. A Guide to the Management of COVID-19. Updated as of 01 January 2022. Developed and updated by Paul Marik, MD, FCP (SA), FRCP (C), FCCP, FCCM for the COVID-19 Critical Care Alliance, FLCCC Alliance.
7. Janeková E. Ochorenie COVID-19, farmakoterapia a jej úskalia. Interakcie a nežiaduce účinky liečiv. ZD 06/2021.
8. Hrubíško M, Jeseňák M. Možnosti profylaxie a liečby COVID-19 – prehľad aktuálnych poznatkov. REVUE MEDICÍNY v praxi. 2021;19(2):11-21.
9. Usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k liečbe monoklonálnymi protilátkami (kasirivimab/imdevimab) vo včasnej fáze ochorenia COVID-19 u pacientov s vysokým rizikom ťažkého priebehu ochorenia. Bratislava: 2021:Z106958-2021.
10. MZ SR. Dostupné na: <<https://www.health.gov.sk/>>. Covid-19-27-01-2021-ivermectin.
11. Stanley K. Design of Randomized Controlled Trials, Circulation. 2007;115:1164-1169.
12. Středa L, Hána K. eHealth a telemedicína. Učebnice pro vysoké školy. Grada Publishing; 2016.
13. McKinsey on Healthcare: Perspectives on the pandemic Selected articles from 2020 and 2021, published by the partners of McKinsey's Healthcare Systems & Services Practice. Detroit, Michigan: McKinsey & Company Healthcare Systems & Services Practice.
14. Chorin E, Padegimas A, Havakuk O, et al. Assessment of Respiratory Distress by the Roth Score. Clin Cardiol. 2016;39(11):636-639. doi:10.1002/clc.22586.
15. Co dělat, když mám příznaky infekce dýchacích cest a co bude následovat. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
16. The Royal Australian College of General Practitioners. Managing COVID-19 at home with assistance from your general practice: A guide, action plan and symptom diary for patients. East Melbourne, Vic: RACGP; 2021.
17. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Centrální řídicí tým Covid-19. Algoritmus přednemocniční péče. Verze platná k 2. 2. 2022.
18. Gajdošík J. Kartotéka VLD – základná dokumentácia o pacientovi – večne živý problém? Via pract. 2017;14(6):313-318.
19. Seuren LM, Wherton J, Greenhalgh T, Cameron D, A'Court C, Shaw SE. Physical examinations via video for patients with heart failure: qualitative study using conversation analysis. J Med Internet Res. 2020;22:e16694. doi:10.2196/16694. pmid:3213013.
20. Covidový zápal pľúc? Pri rozhodovaní, či do nemocnice, pomôže aplikácia MEDasistent UN Martin, informácia z dennej tlače. Pravda. 05-02-2022.
21. Gajdošík J, Kačinec J, Lehoťák. Konziliárne vyšetrenia v práci všeobecného lekára. Lekársky obzor. 1985;XXIV(34):531-537.

Prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.

Všeobecná ambulancia pre dospelých
Komárňanská 24, 940 76 Nové Zámky
gajdosik@nz.psg.sk

