

# Kartotéka VLD – základná dokumentácia o pacientovi – večne živý problém?

**Prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.**

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Nové Zámky

Schopnosť zdokumentovať postupy lekára pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom v podmienkach transformujúceho sa zdravotníctva sa stáva zásadným problémom, najmä z pohľadu kvality zdravotnej starostlivosti, možnosti jej hodnotenia. Do vedomia širokej zdravotníckej verejnosti je potrebné zafixovať poznatok, že korektné vedenie zdravotnej dokumentácie, zápisu lekárov v nemocnici, v primárnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti je významným predpokladom odborne správnych postupov, dobre vedený zápis môže byť spoľahlivou ochranou lekára v sporných prípadoch. Nevyhnutnou podmienkou na plné sústredenie na odborné činnosti je vytvoriť organizačné a prevádzkové predpoklady, odbúrať diverzné činnosti, ktoré nadmerne a nadbytočne zaťažujú lekárov, skracujú čas, ktorý je možné využiť v prospech starostlivosti o pacienta. Dynamický vývoj spoločnosti a medicíny, stúpajúce nároky pacientov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (ZS) prinášajú zamyslenie nad novými paradigmami dnešnej medicíny, ktoré si zrejme žiadajú i adekvátne legislatívne podchytenie, zodpovedajúce realite poskytovanej ZS.

**Kľúčové slová:** všeobecný lekár pre dospelých, zdravotná dokumentácia, zápis poskytnutej zdravotnej starostlivosti, kvalita vedenia dokumentácie

## GP's card file – basic documentation of patients – everlasting problem?

The ability to document the physician's procedures in providing health care to patients in conditions of transforming healthcare becomes a major problem, particularly from the point of view of the quality of health care, the possibility of its assessment. It is necessary to acknowledge the awareness of the broad medical community that the correct management of medical records, enrollment of doctors in the hospital, primary and specialist outpatient care is a prerequisite for professional good practice, well-kept registration can be a reliable protection of a doctor in disputed cases. For a full focus on professional activities, it is a prerequisite to create organizational and operational assumptions, to discourage diversified activities that excessively burden physicians, shorten the time that can be used for patient care. The dynamic development of society and medicine, the rising demands of patients for healthcare provide reflection on the new paradigms of today's medicine, which are apparently demanding an adequate legislative underpinning, corresponding to the reality of the work of health workers

**Key words:** general medical practitioner for adults, health documentation, registration of provided health care, quality of documentation management

Via pract., 2017, 14(6): 313–318

## Úvod

Na pozadí celospoločenskej transformácie, neustálych zmien v systéme ZS s problematickým dopadom na zneistenú verejnosť (laickú i odbornú) sa otvárajú otázky zdravotnej dokumentácie. V podmienkach Slovenskej republiky (SR) je na jednej strane o človeku v zdravotníckom systéme zbieraných a spracúvaných prekvapujúco rozsiahle množstvo rôznych údajov, na druhej strane zaznamenávané údaje nezabezpečujú automaticky ich validitu. Možnými najzávažnejšími príčinami sú neustále sa komplikujúce podmienky práce zdravotníkov, občasné nejasnosti vo forme a obsahu vedenia záznamu, občas i „nechuť“ do zápisu údajov o ZS a „neuctá“ k vykazovaniu štatistických údajov zo strany málo zainteresovanej a nedostatočne motivovanej odbornej verejnosti. Informačné systémy sú často izolované, vzájomne nekompatibilné, problematické je i odovzdávanie informácií pri

pohybe pacienta, pri odosielaní na konzultáciu, hospitalizáciu a naopak. Otázkou je systémová dostupnosť a využiteľnosť údajov, podmieňujúca efektívne využitie v činnosti individuálneho poskytovateľa ZS (PZS) a riadení zdravotníctva. Príkladom je neustále zaplavovanie zdravotníkov žiadosťami o poskytovanie údajov, ktoré sú s trochou snahy dostupné v databázach Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky (UZIS), zdravotných poisťovní (ZP), sociálnej poisťovne (SP) a pod. Legislatíva určuje problém zdravotnej dokumentácie formuláciou: „Zdravotná dokumentácia je súbor údajov o zdravotnom stave osoby, o ZS a o službách súvisiacich s poskytovaním ZS tejto osobe. Je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania ZS (1). Vedenie zdravotnej dokumentácie je získavanie, zhromažďovanie a zaznamenávanie údajov formou zápisov do zdravotnej dokumentácie. Údaje do zdravotnej dokumentácie v štátnom jazyku, v písomnej alebo elektronickej forme zaznamenáva ošet-

rujúci zdravotnícky pracovník v chronologickej postupnosti a v rozsahu ním poskytnutej ZS“ (2).

Naliehavou úlohou dnešnej praxe je prehodnotiť formu a obsah záznamu poskytnutej ZS. Zápis lekára možno považovať za základnú formu dokumentácie starostlivosti o pacienta, ktorá má určitú históriu. Vyvíjal sa postupne, z pôvodne osobného záznamu lekára ako jeho pamäťovej pomôcky až do terajšej formy nemocničného chorobopisu, nálezov lekárov špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS), dokumentácie lekárov primárnej ambulantnej starostlivosti (PAS). Vývoj zdravotníctva do dnešnej podoby prispel k odlišnosti záznamov všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) a špecialistov (v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS), nemocnice, predovšetkým diametrálne rozdielnym prístupom k riešeniu zdravotných problémov populácie, odlišnými možnosťami práce, účelom zaznamenávania údajov o pacientovi. Jednotlivé medicínske špecializácie sústreďujú svoju pozornosť skôr

na určitý orgánový systém alebo na časť tela, na pracovnú metódu, časový úsek života pacienta alebo prostredie, prípadne sú definované nepríslušnosťou choroby k inému odboru a predovšetkým v tejto oblasti vidia ostro a normatívne (3). Lekári v ústavnej starostlivosti sa snažia pacientove choroby ohraničiť, vybrať klientelu podľa im príslušajúcej odbornosti a pre týchto pacientov poskytnúť ZS v rámci svojej kompetencie. Do nemocničného chorobopisu zaznamenávajú anamnestické informácie, údaje o priebehu ochorenia – jednej konkrétnej epizódy v živote pacienta (hospitalizácii), teda v podstate ide predovšetkým o históriu morbi. Predmetom špecifickej činnosti VLD je integratívne sledovanie interakcie človeka s prostredím v priebehu času. Zdravotný obvod je pracoviskom sui generis, miestom, kde občan prichádza do prvého kontaktu so zdravotníctvom, kde ZS začína a končí. Pacienti sa na VLD obracajú s problémami zo všetkých oblastí medicíny, čím ďalej tým častejšie i s nemedicínskymi súženiami, pre všetkých musí nájsť riešenie, nemôže zmietať do jeho odbornosti, jeho kompetencia je horizontálne neobmedzená (4). Závažnosť diagnostiky spočíva v nutnosti rozpoznaní zriedkavejších, rizikových ochorení v neroztriedenom súbore pacientov, starostlivým pozorovaním a včasným zásahom zabrániť odvrátiteľne nebezpečnému priebehu chorôb. Diferencovať ich od banálnych porúch zdravia, spontánne ustupujúcich – minor illness, i keď začiatok ochorenia môže byť rovnaký a prvé príznaky i závažných ochorení sú často neurčité (5). Rozhodovať sa musí promptne, často pri neúplných informáciách, mnohokrát liečiť bez diagnózy, s predbežnou hypotézou, lebo človek v utrpení očakáva čo najrýchlejšiu pomoc, úľavu od ťažkostí. Tomu zodpovedá aj jeho činnosť zameraná na okamžité riešenie problému, ktoré má často prednosť pred jednoznačným diagnostickým záverom, i keď je to v rozpore s tézou *diagnosis certa ullius therapiae est*. VLD nemôže vyčkávať na definitívne závery síce odborne správneho, ale často zdĺhavého diferenciálne diagnostického postupu (5). Metódou práce je vyhodnotenie všetkých po sebe idúcich i paralelne prebiehajúcich porúch zdravia i životného cyklu, psychosociálnej adaptácie, pracovnej činnosti pacientov, teda dynamický obraz psychosomatickej individuality pacientov v reálnom spoločenskom prostredí – história aegroti (6).

Zdravotná dokumentácia VLD (v ďalšom texte uvádzame miesto tohto legislatívneho konštruktu pojem zaužívaný v odbornej i laickej verejnosti – kartotéka) je teda v konečnom dôsledku komplexným, chronologickým a kon-

tinuálne vedeným zápisom zdravotného stavu občana a jeho zmien, zhromažďovaním ďalších nálezov, výsledkov vyšetrení. Prístup VLD k práci s kartotékou je zrkadlom rozsiahlych nárokov na jeho činnosť, je jej organickou súčasťou a vizitkou (7).

Poznamenáva ho dichotómia súčasnosti – na jednej strane vážnosť a dôležitosť, ktorú prísudzuje spoločnosť práci VLD a kartotéke ním vedenej vo verbálnej rovine ako základného a nenahraditeľného prvku v systéme ZS, na ktorom buduje vyspelé zdravotníctvo, na druhej strane realita praxe, vyhlášok, obmedzení, ktorá tento trend popiera. Napriek snahe o dodržiavanie legislatívy neposkytuje súčasný spôsob práce s kartotékou vždy dostatočnú záruku na podchytenie a získanie požadovaného množstva informácií, problémom je formálna úprava a zápis.

### Formálna stránka

V praxi sa stretávame popri kvalitne vedených kartotékach i s mnohými príkladmi neadekvátneho prístupu. Často to býva vzhľad a upravenosť podmienená rôznymi druhmi obalov používaných v praxi, rozdielnosťou ich kvality, nízkou odolnosťou pri používaní. Vzhľadom na množstvo údajov, dokumentov v nej umiestnených sa často stáva neusporiadanou, zvlášť ak obsahuje podklady z detského a dospelého veku pacienta. Záznamové listy VLD sú premiešané so závermi konziliárnych vyšetrení, správami ošetrovateľov, výsledkami prístrojových a laboratórnych vyšetrení, ktoré sa pribúdajúcim vekom pacienta a nutnosťou viacerých vyšetrení rozhojňujú až nekontrolovateľným spôsobom. Odosielaním kartotéky pri vyšetreniach sa množia i zápisy lekárov ďalších odborností. Dôsledkom je jej neprehľadnosť, ktorú ovplyvňuje i malá odolnosť a nízka kvalita záznamových listov, predchádzajúce metodické vedenie lekármi ostatných odborností s rozdielnymi požiadavkami na zdravotnú dokumentáciu.

Legislatíva rámcovo určuje obsah zdravotnej dokumentácie VLD (v našej terminológii kartotéka) (2):

- zápis o zdraví a chorobách,
- dekurzy, v ktorých sú zapísané údaje v chronologickom poradí o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- údaje o poučení osoby a informovanom súhlase, spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu, dohoda o poskytovaní ZS,

- výsledky laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
- výsledky zobrazovacích vyšetrovacích metód, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
- záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané, v chronologickom poradí,
- údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti alebo údaje o vystavení žiadosti o vyrovnávaciu dávku, žiadosti o materský príspevok, žiadosti o ošetrovne.

V snahe doriešiť úpravu kartotéky po formálnej stránke by mohol pomôcť jednotný formát tvorený spevneným obalom, označený identifikačnými údajmi pacienta, pečiatkou lekára. Vzhľadom na predpoklad skladovania, opakovanú manipuláciu odolný voči poškodeniu. Pre zaužívané zvyklosti je výhodné ponechať doterajšiu veľkosť. Vo vnútri obalu je vhodné vyčleniť priestor na chronologické skladovanie záverov konziliárnych vyšetrení, prepúšťacích správ, výsledkov laboratórnych, prístrojových vyšetrení.

### Zápisy VLD do kartotéky

Záznam poskytnutej ZS do kartotéky poznamenáva špecifickým spôsobom vstupný prúd pacientov, komunita, v ktorej VLD pracuje, a podmienky práce VLD. Neselektovaný súbor pacientov v čakárni je charakterizovaný pestrými problémami, ktoré sú zmesou fyzických, psychických a sociálnych prvkov – complex mixture. Najčastejším prejavom sú zmeny zdravotného stavu, len problematcky klasifikovateľné štandardnou klinickou terminológiou, nekorešpondujúce s konvenčným klinickým myslením (8). V porovnaní s rutinným lekárske uvažovaním to nie sú bežne chápané choroby, tak ako poznáme ich obrazy z klasických učebníc jednotlivých medicínskych odborov, ktoré určujú zrejmy postup až po určení predbežnej diagnózy. Pacient často prichádza k VLD s nevyhraneným ochorením, s problémom nespádajúcim jednoznačne do určitej skupiny chorôb, do zrejmej kompetencie niektorého medicínskeho odboru. Mimo prejavov ochorení známych z jednotlivých medicínskych odborov sa stretávajú i s pre-, para- a post- formami chorôb. Zaujímavá je i oblasť prechodu ochorenia z predklinickej do klinickej fázy, atypický priebeh, etapa doliečovania, rekonvalescencie a návratu do stavu vyliečenia alebo chronicity, či invalidity rôzneho stupňa. Obecne platí, že činnosť VLD sa vzťahuje i na tieto úseky prirodzenej histórie choroby, ktoré sú

z hľadiska štúdia zdravia obyvateľstva nesmierne zaujímavé. Je potrebné získať náležité množstvo dostatočne presných a kvantifikovaných údajov o týchto stavoch, tak dôležitých pre osvetlenie pôvodu chorôb a ich prevenciu, i pre zaistenie správnej rehabilitácie a spoločenskej reintegrácie chorého (9).

Zápis poskytnutej ZS determinujú i špecifické podmienky práce VLD, predovšetkým:

- prevažujú rozhodovacie činnosti VLD, často pri neúplných informáciách,
- rýchlosť vyšetrenia a postupu – dnes pacientom čoraz častejšie požadovaná nevyhnutnosť skrátenia diagnostického procesu a čím skoršieho prístupu k terapeutickému riešeniu (10),
- výrazná časová tieseň obmedzujúca čas pacienta na kontakt s VLD, niekedy až na neadekvátne minimum, zhoršujúca sa temer geometrickým nárastom nárokov pre zatažujúce neodborné činnosti (rôzne tlačivá, výkazy, požiadavky ZP, napríklad tlač len jedného lieku na recept, označovanie nutritív na recepte a pod.) neuveriteľným spôsobom kradne čas (10),
- možný podiel viacerých špecialistov na poskytovaní ZS s diskutabilnou dostupnosťou ich služieb,
- kontinuita poskytovanej ZS v mieste a čase, koordinácia ZS.

Prax ukazuje rôzne spôsoby, ktorými VLD vedú zápis, zodpovedajú historicky danej úrovni poznania, sú poznamenané zmenenými podmienkami práce a nárokmi populácie, s ktorými legislatíva nepočítala, sú zrkadlom osobnosti a odbornosti lekára. Zápisy do kartotéky neraz neumožňujú pohotovú, syntetický pohľad na pacienta, často ich charakterizuje množstvo nesúvislých, prevažne rukou písaných a nečitateľných, technicky a obsahovo oddelených záznamov. Zmysel pre systematickú prácu, triedenie, zapisovanie a vyhodnocovanie poznatkov nie je u všetkých lekárov rovnaký, dôležitá je schopnosť zrozumiteľným a únosným spôsobom zaznamenávať informácie o poskytovaní ZS. Niekedy sa aj erudovaný VLD s dobrým prístupom k pacientovi sám ťažko prinúti k tomu, aby viedol kvalitne a korektné záznamy o svojej práci, výkonoch a pozorovaniach. Vychádza skôr z individuálneho názoru ako jasne určenej formy, dôsledkom môže byť istá odborná insuficiencia, eventúálne schematizácia, šablóna zápisu. Absentuje schopnosť výstižne charakterizovať a opísať zdravotný stav občana, v hodnotiacom texte sa stráca výnimočnosť človeka ako jedinečného individua. Podľa uve-

dených zápisov je temer nemožné identifikovať pacienta, diagnostické závery nemávajú oporu v zápise klinického stavu pacienta (11). Záznam v kartotéke sa stáva často dilemou pri vykonávaní dohľadu nad ZS a na výkon kontroly správneho poskytovania ZS (12), sťažuje retrospektívne hodnotenie, najmä pri stúpajúcej a médiami s obľubou živej sťažnostnej agende pacientov. Tá vychádza väčšmi z nepochopenia podmienok práce VLD a skutočných možností zdravotníctva v riešení zdravotných problémov populácie ako z reality poskytovania ZS. Vnímanie problémov občanmi je poznamenané pretrvávajúcou paternalistickou predstavou o všemocnej a neviditeľnej ruke štátu, ktorá rieši osobné problémy občana i globálne celospoločenské, bez jeho aktívnej participácie. Prispieva k rozšírenej predstave o výlučnej zodpovednosti zdravotníctva za osud pacienta (bez nutnosti jeho osobného pričinenia). Vo verejnosti zmätenej množstvom rôznorodých až protichodných informácií z médií, od iradiacích orgánov zdravotníctva, z komunity a pod. to vzbudzuje predstavu, že zdravotníctvo je všemocné, že ochorenie a jeho negatívny priebeh sú vlastne zlyhaním jednotlivého zdravotníka, systému ZS. Priamym dôsledkom je stúpajúci počet nie vždy odôvodnených sťažností.

Zápis odborného postupu VLD by mal byť vyjadrením špecifického všeobecno-lekárskeho myslenia, ktoré mu umožňuje vidieť problémy pacienta v bio, psycho, sociálnom kontexte v reálnej životnej situácii (13), mal by sa stať východiskovým momentom správneho rozhodnutia. Za rozhodujúce pre prístup VLD k zápisu ZS, v zdravotníctve tak nepopulárnej (neraz výlučne administratívne chápanej) činnosti považujeme skúsenosti, ktoré lekár nadobudol počas štúdia a praxe na lekárskej fakulte (LF), v nemocnici, u školiteľa. VLD musí získať kritický nadhľad, vedecký prístup vlastný svojmu odboru, ktorým zhodnocuje anamnézu a závery objektívneho vyšetrenia, ktorým určuje diagnózu, terapiu a ktorým sa vyjadruje k prognóze. Svoje závery sa musí naučiť formulovať stručne a výstižne, nielen v bežnom rozsahu zaužívaného medicínskeho myslenia, ale i s využitím vedomostí a poznatkov v oblasti spoločenských vied.

Z odborného pohľadu by mal zápis spĺňať nasledovné podmienky (14):

- a) obsahovať primerané množstvo údajov zachytávajúcich poskytovanie ZS s možnosťou dodatočného spracovania údajov,
- b) musí v únosnej miere zjednodušiť prácu zapisujúceho lekára,

- c) byť vedený na všetkých pracoviskách všeobecného lekárstva jednotným (minimálne podobným) spôsobom, tak aby boli údaje navzájom porovnateľné, štatisticky spracovateľné,
- d) odzrkadľovať individualitu pacienta, napriek snahe o šandardizáciu zápisu i osobnosť a subjektivitu prístupu lekára,
- e) umožňovať rýchlu orientáciu so znížením rizika omylu na minimum, najmä pri zastupovaní a zmene ošetrojúceho VLD,
- f) mal by byť zapisovaný spôsobom, ktorý umožňuje primeranú právnu ochranu lekára,
- g) mal by korešpondovať s dokumentáciou ostatných medicínskych odborov.

Po obsahovej stránke – vestník ministerstva zdravotníctva (MZ) určuje rozsah a spôsob záznamu VLD (15), ho tvoria zápisy:

- dátum, čas a miesto,
- pri vstupnom vyšetrení osoby a pri preventívnych prehliadkach údaje o rodinnej anamnéze, osobnej anamnéze, pracovnej anamnéze, sociálnej anamnéze, alergologickej anamnéze, liekovej anamnéze, úrazoch, operáciách, abúzoach, ak ide o ženu aj údaje o gynekologickej anamnéze,
- údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- objektívny fyzikálny nález,
- údaje o poučení a informovanom súhlase,
- zhodnotenie laboratórnych výsledkov, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení v tom čase dostupných,
- diagnózu, aj pracovnú alebo diferenciálnu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
- navrhované vyšetrenia a plánované vyšetrenia,
- údaje o podaných liekoch (názov lieku, forma, dávka, spôsob podania), lekárske predpisy, lekárske poukazy, dietecké potraviny a zdravotníckych pomôckach,
- návrh následnej kontroly alebo iné odporúčania,
- zápis o preventívnej prehliadke, ktorý zodpovedá obsahu preventívnych prehliadok (10), a na základe zistení z preventívnej prehliadky podľa potreby návrh zdravotných postupov,
- meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára.

Formu a obsah zápisu do kartotéky na jednej strane vymedzuje legislatíva, ale v skutočnosti nejestvuje odborný konsenzus určujúci šandardizovaný spôsob záznamu. Na

druhej strane je nevyhnutné uvedomiť si, že zápis do kartotéky je napriek jeho významu predovšetkým prostriedkom, ktorý pomáha VLD v práci, že „dokonalý“ záznam, vedenie kartotéky spĺňajúce extrémne požiadavky lekárov ostatných odborností v minulosti, doslovne legislatíva bez rešpektovania špecifik práce VLD nemôže byť cieľom. Tendencia k vyčerpávajúcemu naplneniu týchto požiadaviek by zmenila diametrálne prístup VLD k vedeniu zápisu, výsledkom by bola únavná snaha znamenávať postupy legislatívne „čisto“, podľa odborných odporúčaní, istá formalizácia zápisu, stratil by sa myšlienkový postup, úvahy, ktoré viedli VLD k danému rozhodnutiu. Zápis by bol unifikovaný, šablónovitý, síce by zodpovedal právnym nárokom, odborným odporúčaniam, ale stratilo by sa z neho to podstatné, čo vplýva na rozhodovanie VLD. Prístup k zápisu poznamenávajú i špecifické charakteristiky záznamu, ktoré je nevyhnutné akceptovať (16), predovšetkým:

- vedenie zápisu v kartotéke pripúšťa vzhľadom na špecifiká odbornosti obmedzenie len na podstatné údaje, väčšiu zhustenosť,
- štruktúra výrazových prostriedkov musí umožniť krátky a výstižný zápis,
- v medziach možností čo najväčšiu stručnosť, samozrejme, bez narušenia odbornej kvality,
- záznam je potom koncentrovaný a kratší ako u špecialistu, do určitej – prijateľnej, miery neúplný, ale v medziach prípustných v daných podmienkach práce,
- pri zhodnotení objektívneho vyšetrenia je prípustné zaznamenať len patologické nálezy a negatívne zhrnúť do strohých, poväčšine zaužívaných formulácií,
- obmedziť neprimerané používanie skôr individuálne vytvorených skratiek, ktoré sú často pre kolegov iných odborností temer nezrozumiteľné,
- pripúšťa sa vyššia miera subjektivity pri zápise, čo sa občas stáva problémom pri spätnom hodnotení ZS,
- kvalitu zápisu poznamenáva i fakt, že nie všetky informácie je možné tlmočiť písanou formou, mnohé zostávajú na úrovni pocitu lekára,
- tendencia klientely požadovať, aby niektoré informácie, ktoré prebehli medzi VLD a pacientom a sú pre diagnostiku síce významné, ale inak dôverné (neprijemné), neboli zapísané do kartotéky (pre riziko ich zverejnenia minimálne jej presunom).

Úprava zápisov do kartotéky si vyžaduje splnenie viacerých predpokladov, predovšetkým: záznamové listy – označiť identifikačnými

údajmi pacienta, pečiatkou lekára s číslovaním poradia listov v záhlaví. Úprava zápisu je určená grafickým riešením záznamového listu.

Pre možnosť rýchlej orientácie by mal 1. záznamový list obsahovať: informácie z anamnézy, závažné ochorenia podmieňujúce zvýšenú starostlivosť, dôležité zmeny v zdravotnom stave s možnosťou priebežného dopĺňania, údaje závažné z prognostického hľadiska, alergické prejavy – najmä liekové, vykonané očkovanie. Tieto diagnostické súhrny sú vhodné pre rýchlu informovanosť ošetrojúceho a zastupujúcich VLD, pri zmene lekára (17).

Na zjednodušenie obsahu kartotéky VLD považujeme za výhodné, ak všeobecný lekár pre deti a dorast (VLDD) po skončení svojej starostlivosti o občana v predškolskom, školskom a dorastovom veku zhrnie príslušné obdobie do vypracovanej epikrízy (určitá forma výstupnej preventívnej prehliadky), ktorú zapíše na nový dekurzný list. Tu uvedie mimo anamnestických údajov aj všetko podstatné, čo ovplyvnilo zdravotný stav občana, očkovania, alergie a pod. včítane cieleného odporúčenia na ďalšie sledovanie. Táto epikríza by bola súčasne prvým záznamom v kartotéke VLD. Ostatná časť dokumentácie je archivovateľná podľa platných predpisov. Samozrejme, takýto výkon odborne a časovo náročný je zrkadlom práce VLDD a mal by byť po predpokladanom súhlase pediatrickej obce súčasťou motivačnej bonifikácie zo strany zdravotných poisťovní (ZP).

Zápisy do kartotéky sú rôzneho významu, zachytávajú poskytnutú ZS a eventuálne jej sprievodné okolnosti. V reálnej praxi VLD rozlišujeme nasledovné druhy záznamov:

**A. Epikríza** v kartotéke VLD – je ponímaná ako anamnestické zhrnutie všetkých dostupných informácií o zdravotnom stave občana za určité obdobie, s uvedením vypracovaných funkčných diagnóz, prognóz, tak ako boli v danom období formulované ošetrojúcim lekárom a kolektívom spolupracujúcich odborníkov. Epikríza je uzatvorená zhodnotením doterajších a návrhom ďalších terapeutických postupov, odporúčaním opatrení v životospráve pacienta. Je vhodné, aby VLD neustále pracoval na dopĺňovaní a na integrácii všetkých informácií uvedených v časovej postupnosti v kartotéke, ako aj na ich vyhodnocovaní. Epikríza môže byť vykonávaná v niekoľkoročných intervaloch. Častosť je určená množstvom zhromažďovaných dát, závažnosťou zmien zdravotného stavu pacienta, nutnosťou vyžiadania konziliárneho vyšetrenia, hospitalizácie. Podobné zhodnotenie môže nahradiť i záver preventívnej lekárskej prehliadky,

vyšetrenia v rámci kardiovaskulárneho, onkologického programu a pod.

Odborne správne podanú epikrízu po patričnom doplnení o diferenciálne diagnostickú úvahu a zdôvodnenie vyžiadania môžeme zužitkovať ako sprievodný doklad pri odosielaní pacienta na konziliárne vyšetrenie, hospitalizáciu. Takto realizovaný spôsob spolupráce medzi odborníkmi VLD a špecialistami ambulantných a lôžkových oddelení nemocníc umožňuje dodržiavanie platných predpisov MZ o nevydávaní kartotéky do rúk pacientom. Samozrejým predpokladom tvorby epikrízy – takto odborne a časovo náročnej práce – je súhlas odbornej verejnosti, bonifikačná motivácia zo strany ZP.

**B. Zápis základného všeobecného-lekárskeho vyšetrenia** – chápeme ako komplex získavania údajov – teda rozhovoru s pacientom, klinického vyšetrenia, zápisu do kartotéky (6), ktoré vykonáva VLD najčastejšie pri zakladaní kartotéky, pri preventívnej prehliadke, pri prvom styku s pacientom, v prípade neurčitosti pacientom udávaných ťažkostí, pri prípadnej dlhšej absencii pacienta v ambulancii. Vlastný akt záznamu nemá len diagnostický a registračný význam. Keďže pohovor pri získaní a zapisovaní informácií z anamnézy, následné vyšetrenie je priamym osobným stykom s pacientom, prístup lekára musí vytvárať žiaduce predpoklady pre nadviazanie vhodného kontaktu a získanie zodpovedných údajov (často dôverných, týkajúcich sa intímnych problémov). Pri prvom liečebnom alebo preventívnom ošetrení je dôležité získať čo najväčší rozsah údajov z anamnézy. VLD obvykle nepreberá od pacienta mechanicky tieto údaje, ale analyzuje ich, syntetizuje a interpretuje v súlade s patofyziologickými procesmi, až potom pristupuje k zápisu. Pracuje so slovnou paletou, ktorá má svoj informačný obsah zrozumiteľný pre každého lekára, ktorý bude neskoršie so záznamom pracovať (6). Ich zápis šetrí čas, pri opakovanom vyšetrení je ho možné postupne dopĺňať. VLD abstrahuje z výpovede pacienta medicínske jadro, ktoré formuluje a zaznamenáva pomocou zaužívaných prostriedkov tak, aby bol zápis výstižný a nezotieral autenticnosť pacientovej výpovede, musí vystihnúť jeho opísanie symptómu. Vyjadrenie pacienta umožňuje hlbší pohľad na vznik a vývoj choroby zaznamenáva verne. Každý symptóm je svojím spôsobom typický, môže mať vlastný vývin, jeho zapísaním nadobúda údaj väčší dokumentačný význam (18).

Získanie validných údajov od pacienta je závažným problémom. VLD vidí chorobu v neorganizovanom štádiu (19), pacient predkla-



dajúci svoje sťažnosti nemá ešte prehľad o ich príčinách, nevidí súvislosti vnímaných príznakov so zmenou zdravotného stavu. Počas vyšetovania sa situácia dramaticky mení, pacient sa zoznamuje s rozsahom možných a do úvahy prichádzajúcich ochorení, často s prevapením zisťuje, že príznak ním vnímaný ako banálny môže byť závažný a naopak. Plynulo prebieha zmena jeho náhľadu na príčinu ochorenia, neraz inak a dôkladnejšie interpretuje svoje sťažnosti špecialistovi ako predtým VLD. Prípady sa stávajú zrejmejšími, anamnestické spracovania a závery sú zrazu jasné, tvoria logický celok, choroba sa dostáva do organizovaného štádia, špecialistovi sa diagnostický rozpor VLD zdá nepochopiteľným.

Zameranie, prípadne úplnosť údajov sa často mení podľa toho, s akým cieľom občan k lekárovi prišiel. Zvyčajne neinformuje exaktne, jeho výpoveď určujú emócie, účel vyšetrenia atď. Pri preventívnych prehliadkach prichádza pacient so subjektívnym pocitom zdravia. Po oboznámení sa s čerstvo zisteným nálezom je dodatočne často schopný zásadne meniť anamnestické údaje. Pochopiteľne, tieto poznámky sa nevzťahujú na prípady, pri ktorých pacient vedome skresľuje údaje.

Pacientom subjektívne vnímané a interpretované zmeny zdravotného stavu dopĺňa VLD zápisom zistených prejavov choroby, prípadne (podľa svojich možností a návykov) záznamom výsledkov konziliárnych, laboratórných, prístrojových vyšetrení. Po zapísaní predpokladanej diagnózy nasleduje návrh terapeutického plánu, vyjadrenie k prognóze ochorenia, prípadne zdravotnej spôsobilosti na prácu, poučenie pacienta.

Zaujímavým problémom je rozsah povinných vyšetrení, ktoré rámcovo určuje legislatíva: „Poskytovateľ je povinný poskytovať ZS správne. ZS je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy“ (20). Takto postavená formulácia pripúšťa veľkú mieru subjektívneho výkladu pri hodnotení odborných postupov, častú snahu poskytovateľov o tvorbu „nenapadnuteľnej“ diagnózy, podporenú vyčerpávajúcim množstvom rôznych vyšetrení. Dôsledkom je neraz podcenenie získavania anamnestických údajov a klinického vyšetrenia, čo vedie k nadhodnoteniu významu laboratórných, prístrojových vyšetrení ako jediných odborne správnych (verejnosťou často požadovaných) postupov, ktorými je nevyhnutné podoprieť rozhodnutie lekára. Konzekvenciou býva až alibistický „konziliárny kolotoč“ obieha-

nia pacientov z jednej ambulancie do druhej, od jedného prístrojového vyšetrenia k druhému, indikácia pestrej palety laboratórných vyšetrení v nádeji, že pri niektorom z nich sa objaví správna diagnóza, kompetencia, respektíve inkompetencia niektorej zo zainteresovaných odborností (21). Podobným negatívom sú prejavy defenzívnej medicíny, ktorá je podmienená často nepriateľským spoločenským prostredím, v ktorom prichádza k zmene konania lekára zo strachu o existenciu a prax, k neistote pri rozhodovaní len na základe výsledkov klinického vyšetrenia. Dôsledkom sú nadbytočné vyšetrenia a overtreatment, často v snahe vyhovieť pacientovi (nevhodne masírovanému médiami o neobmedzených možnostiach zdravotníctva), ktorý sa domáha „moderných“ diagnostických postupov „za každú cenu“. Tieto nadbytočné postupy vedú k stúpajúcim nákladom na ZS (22).

**C. Zápis skráteného vyšetrenia.** Legislatíva síce určuje rozsah vyšetrenia, ale na druhej strane je nutné konštatovať, že skrátený vyšetrovací postup patrí medzi špecifika práce VLD. Vyžiadala si ho realita ZS, podmienky práce, tlak pacientov na rýchlosť ošetrenia. Najmä skutočnosť, že občan často uprednostňuje pred pre neho zdĺhavým, odborne síce odôvodneným, diagnostickým postupom rýchlosť konania s očakávaním úspechu ordinovaním medikamentózne liečby. I v situáciách, keď to rozhodne nemusí byť indikované, napríklad horúčkovitý stav zrejme vírusovej etiológie a požadovanie ATB, ktoré urýchlí v jeho očiach uzdravovanie (23). Pochybnosti vyjadrené lekárom o takomto postupe pacient často chápe ako jeho neochotu, snahu o šetrenie a pod. Občas to prináša konflikt, ktorý ústi v hľadanie riešenia návštevou lekárskej služby prvej pomoci (LSPP), zmenou lekára. Skrátené vyšetrenie je možné pripustiť pri predchádzajúcej dobrej znalosti zdravotného stavu pacienta, najmä v situáciách, v ktorých pacientom udávané symptómy poukazujú na poruchu určitého orgánu, na ktorý potom zameria vyšetrenie. Tento zápis obsahuje subjektívne ťažkosti pacienta, stručný, orgánovo zameraný postup vyšetrenia, predpokladanú diagnózu, odporúčenia na terapiu a prípadne vyjadrenie k zdravotnej spôsobilosti na prácu (6).

**D. Zápis poskytnutia ZS** pri zrejmych ochoreniach, ktoré si ani opis objektívneho vyšetrenia nevyžadujú, pri ktorých ostatne diagnóza vyjadruje aj lokálny nález – napríklad angina lacunaris. Tam stačí zápis diagnózy a ordinovanej liečby.

**E. Zápis z návštevy a vyšetrenia** pacienta v domácnosti, vždy sa nájdu pacienti, ktorí ho vyžadujú. Tieto činnosti sú špecifikom práce VLD, je to mimoriadna príležitosť postrehnúť

psychosociálne podmienky života pacienta, ktoré často rozhodujúcou mierou ovplyvňujú prístup k ochoreniu a jeho priebeh. Efektívna vizita v byte vyžaduje správny prístup k zápisu, potom môže obsahovať postrehy VLD o pozoruhodných okolnostiach v domácnosti, výsledky vyšetrenia, liečbu, poučenie. Vývoj smeruje i k návštevám ďalších zdravotníckych a sociálnych pracovníkov v domácnostiach, dôležité je podchytiť ich zistenia, skúsenosti (8).

**F. Forma a zápis vyžiadania konzultácie, hospitalizácie** sa stáva dilemou v praxi, u VLD je obľúbené tlačivo „Výmenný list – poukaz na odborné vyšetrenie, ošetrenie, ústavné liečenie“ (neposkytujúce svojimi rozmermi priestor na rozsiahlejšie formulácie), z odborne nepochopiteľných dôvodov často favorizované lekármi ŠAS pred formou korektnej epikrízy. Ďalším problémom kolegiálnych vzťahov sa stáva podmieňovanie vyšetrenia, hospitalizácie vyžadovaním kartotéky a jej odosielania prostredníctvom pacienta, v rozpore s platnou legislatívou (20). Riešením môže byť spolupráca formou odoslania doplnenej epikrízy. Spôsob vyžiadania konzultácie, hospitalizácie vlastne určuje rámcovo i legislatíva: „údaje zo zdravotnej dokumentácie sa poskytujú formou výpisu zo zdravotnej dokumentácie“ (20), ktorý obsahuje:

- osobné údaje osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť, v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, adresa bydliska a zdravotné údaje potrebné na zistenie anamnézy,
- údaje o poučení a informovanom súhlase,
- identifikačné údaje príslušnej zdravotnej poisťovne,
- identifikačné údaje poskytovateľa,
- chronologický opis vývoja zdravotného stavu,
- prehľad o doterajšej liečbe,
- údaje potrebné na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- dátum vystavenia a identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.

**G. Zápis predpisu liekov** – najčastejšie pri kontrolách chronicky chorých vykonávaných v kratších časových intervaloch – napríklad u hypertonika zapíše aktuálne udávané ťažkosti, hodnoty TK, ordinovanú liečbu.

**H. Zápis predpisu liekov v neprítomnosti pacienta** – opakované predpisy liekov chronických chorých vyžiadané prostredníctvom inej osoby. Napriek legislatívnej nejasnosti je to bežný postup v praxi, požadovaný najmä chronickými pacientmi so stabilizovaným zdravotným stavom v snahe ušetriť čas, často strach zo straty práce.

**I. Zápis výsledku vyšetrenia po absolvovaní konziliárneho vyšetrenia** po prepustení z hospitalizácie, po ukončení kúpeľnej liečby (podľa pracovných zvyklostí a pracovného času). Správu ošetrojúci lekár zakladá chronologicky do kartotéky.

**J. Zápis výsledkov laboratórneho, prístrojového vyšetrenia** – je možné (podľa možnosti a spôsobu práce VLD) zaznamenávať tiež chronologicky do kartotéky, originál zakladá. Dnes existuje výhoda elektronického prenosu dát.

**K. Zápis telefonického konzultácie** – dnes MZ novootvorený problém po formálnej a obsahovej stránke vrátane právneho dopadu. Podľa vyjadrení v médiách je to MZ preferovaný postup v snahe redukovať počet návštev v ambulancii, domácu návštevnú starostlivosť, záťaž LSPP.

**L. Zápis rokovania s lekárom sociálnej poisťovne** – vyjadrenie k posudzovanej zdravotnej spôsobilosti.

**M. Zápis mimoriadnej udalosti, situácie**, ktorá sa môže neskôr stať zdrojom konfliktov, sťažností, je tiež vhodné podchytiť. Dôležité sú informácie, ktoré charakterizujú reakcie pacienta na záťaž, ochorenie, liečbu, informácie, ktoré charakterizujú správanie pacienta v styku so zdravotníckym personálom.

**N. Kartotéka môže obsahovať ďalšie údaje** podľa úsudku VLD.

## Záver

Do vedomia širokej zdravotníckej verejnosti je potrebné zafixovať poznatok, že korektné vedenie kartotéky, zápisu VLD je významným predpokladom odborne správnych rozhodnutí, i poznatok, že len dobre vedený zápis môže byť spoľahlivou ochranou lekára v sporných

prípadoch. Samozrejmom podmienkou je doriešenie organizačných a prevádzkových problémov práce VLD, tak aby bolo možné jeho plné sústredenie na odbornú činnosť. Nesmieme zabudnúť, že tak ako sa vyvíja medicína, menia sa aj informačné možnosti pacienta, že partnerom neustále sa vzdelávajúceho lekára sa stáva meniaci sa pacient. Dynamický vývoj medicíny, skutočnosť, že prakticky jednou osobou už nie je možné zvládnuť komplexný rozsah poznatkov, stúpajúce nároky pacientov na poskytovanie ZS, na rýchlosť vyriešenia, prináša zamyslenie nad novými paradigmami dnešnej medicíny. Zrkadlom vývoja, ich vyjadrením by sa zrejme mala stať legislatívna úprava zodpovedajúca realite poskytovanej ZS.

## Literatúra

1. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. § 2 ods. 6<sup>a</sup>.
2. Vestník MZ SR 2009. Čiastka 42-48. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie: Vedenie zdravotnej dokumentácie je získavanie, zhromažďovanie a zaznamenávanie údajov formou zápisov do zdravotnej dokumentácie.
3. Dikant V. Všeobecný lekár v tíme špecialistov. *Prakt. Lék. (Praha)*. 1982; 7(62): 257–258.
4. Seifert B, Beneš V, Býma S, et al. *Všeobecné praktické lékařství* CZ. Galén; 2013.
5. Braun RN. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. Mainz: Verlag Kirchheim + Co GmbH; 1986: 722.
6. Scheidová L, Tkáčik J, Krištof J, Sec M, Rusnák J. Vyšetrenie a zaznamenávanie anamnézy v súčasnej lekárskej praxi. *Lék. Obzor*. 1978; 27(9): 491–500.
7. Masár O, et al. *Kompendium všeobecného praktického lekára pre medikov*. Bratislava: Univerzita Komenského, Lekárska Fakulta UK; 2014.
8. Boerma WGW, Fleming DM. *Rola praktického lekára v základnej zdravotnej starostlivosti*. Senica: Prognóza; 2001: 95.
9. Žáček A. *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*. Praha: Avicenum; 1984: 366.

10. Gajdošík J. Časové faktory v činnosti praktického lekára. *Slovenský lekár*. 1995; 2: 27–32.
11. Gajdošík J. Trendy v kontinuálnom vzdelávaní lekárov privatej praxe. *Medicínsky Monitor*. 2000; 4: 32–36.
12. Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, § 1. Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou.
13. Balint M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Grada; 1999: 331.
14. Gajdošík J, Lehoťák L. Práca všeobecného lekára so zdravotným záznamom. *Prakt. Lék. (Praha)*. 1986; 66(21): 808–811.
15. Vestník MZ SR 2009. Čiastka 42-48. Čl. IV. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie, odstavce 2. Vedenie zdravotnej dokumentácie v ambulancijných zdravotníckych zariadeniach.
16. Scheidová L, Jakeš J, Tkáčik J. Zvláštnosti riešenia záznamu anamnézy počítačom v ambulancijných podmienkach práce. *Lék. Obzor*. 1978; 27(9): 545–550.
17. Csaba A, Miklos A. *Korzeti orvosai ismeretek*. Budapest: 1984.
18. Scheidová L, Tkáčik J, Krištof J, Sec M, Rusnák J. Záznam anamnézy z hľadiska jeho využívania a možného vývoja. Vyšetrenie a zaznamenávanie anamnézy v súčasnej lekárskej praxi. *Lék. Obzor*. 1978; 27(9): 483–488.
19. Dikant V. Všeobecný lekár v tíme špecialistov. *Prakt. Lék. (Praha)*. 1982; 62(7): 257–258.
20. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
21. Hamm H. *Allgemeinmedizin Familienmedizin. Lehrbuch und praktische Handlungsanweisung für den Hausarzt*. 1. vyd. New York: Georg Thieme Verlag Stuttgart; 1980: 6–21.
22. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005; 293: 2609–2617.
23. Kriška M, Gajdošík J, Dukát A, Bernadič M. *Zlyhanie farmakoterapie – možnosti prevencie*. Bratislava: SAP; 2015.
24. Gajdošík J. Konziliárny systém práce PLpD. *Medicínsky Monitor*. 2001; 4: 13–17.

**Prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.**  
Všeobecná ambulancia pre dospelých,  
Nové Zámky  
Komárňanská 24, 940 76 Nové Zámky  
gajdosik@nz.psg.sk

