



Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach	2
POTKAN MAGAWA JE AJ NA SLOVENSKU, NEHLADÁ MÍNY, PRACUJE NA TABLETE	3
Tlač, Hornonitrianske noviny, 18. 1. 2022	
Bývalý štátny tajomník Stachura: Poľné nemocnice ani povinné očkovanie by som nezaviedol. S triedením pacientov sme začali skoro	5
Online, dennikn.sk, 17. 1. 2022, 20:18	
Online skúšanie vysokoškolákov so sebou prináša isté riziká v podobe podvádzania či odpisovania. Je ich hodnotenie objektívne?	11
Online, kosiceonline.sk, 18. 1. 2022, 5:43	
Fakulty a ústavy UPJŠ	12
Bývalý štátny tajomník Stachura: Poľné nemocnice ani povinné očkovanie by som nezaviedol. S triedením pacientov sme začali skoro	13
Online, dennikn.sk, 17. 1. 2022, 20:18	
Online skúšanie vysokoškolákov so sebou prináša isté riziká v podobe podvádzania či odpisovania. Je ich hodnotenie objektívne?	19
Online, kosiceonline.sk, 18. 1. 2022, 5:43	



Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach



POTKAN MAGAWA JE AJ NA SLOVENSKU, NEHLADÁ MÍNY, PRACUJE NA TABLETE [📄](#)

📅 18. 1. 2022, Zdroj: **Hormonitrianske noviny**, Strana: 26, Vydavateľ: Petit Press, Autor: Kristína Braxatorová, Sentiment: Negatívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 1054 Eur

Rubrika: ROZHOVOR/MARKETING/INZERCIA

BRATISLAVA Začiatkom januára zomrel africký potkan Magawa, ktorý bol vycvičený na hľadanie mín. Potkany sa využívajú najmä vo výskume, vedia rozoznať farby a pracovať na tabletoch. Do laboratórií sa dostali ešte pred prvou svetovou vojnou v roku 1828.

„Divožijúce potkany sa v mestách premnožili a lovci ich začali odchytať a uskladňovať v klietkach. Neuvedomili si však, že sú to zvieratá, ktoré sa veľmi rýchlo množia. A čo sa rýchlo množí, dostáva genetickú ‚nevýhodu‘,“ hovorí vedkyňa Terézia Kisková z **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**.

Na svet sa tak dostali biele albino potkany, ktoré sa vo výskume využívajú aj na Slovensku.

Na Slovensku nemáme mínové polia. Čo by robil slovenský Magawa v službe?

Na Slovensku prebiehajú výskumy na myšiach a potkanoch pri liečbe rôznych ochorení. Napríklad na našom pracovisku sa venujeme prevencii a včasnej diagnostike či liečbe rakoviny prsníka, mozgu, čreva, zápalovým ochoreniam čriev, poškodeniam a vývinu miechy.

Zistili sme, že látka v červenom víne zvaná resveratrol je veľmi dobrou prevenciou proti rakovine prsníka. Prídavnou hodnotou našej práce bolo zistenie, že nielen dávka je dôležitá, ale i čas podania.

O potkanoch sa však hovorí najčastejšie ako o škodcoch. Sú to špinavé zvieratá?

Nemyslím si. Sú to veľmi čistotné, inteligentné a učenlivé zvieratá. Ale áno, v princípe ich nájdete tam, kde je špina. Ale nie špina ako taká, ale tam, kde je jedlo, pretože to ich zaujíma najviac.

Málo ľudí o nich vie, že sú neofóbne, a teda boja sa nových vecí. Napríklad najslabšieho jedinca skupina vyše ochutnáť jedlo a ak sa mu nič nestane, naje sa aj zvyšok skupiny. Preto napríklad návnady ako otrava na hlodavce nefungujú dobre. Ale laboratórne potkany sú veľmi čisté, vychovávané v sterilnom prostredí. Nikdy nevideli slnko ani nedýchali vonkajší vzduch.

Ako sa potkany dostali do laboratórií?

Divožijúce potkany sa v mestách premnožili a lovci ich začali odchytať a uskladňovať v klietkach. Neuvedomili si však, že sú to zvieratá, ktoré sa veľmi rýchlo množia. A čo sa rýchlo množí, dostáva genetickú nevýhodu. Práve pri rodení sa veľkého počtu spolužijúcich príbuzných potkanov sa vyliahli albíny.

Práve lovci potkanov ich odniesli do labákov. Vedci zistili, že potkany, ktoré sú biele, sú veľmi vhodné do výskumu.

Pre ich podobnú fyziológiu s človekom?

Áno, aj preto. Najviac sa s človekom podobajú opice a prasatá. Ale aj myši a potkany sú veľmi podobné ľudskej fyziológii. Takže okrem toho, že nezaberajú veľa miesta a nestoja veľa peňazí, sa pri práci s nimi nemusí čakať na výsledky 30 – 40 rokov, lebo sa toľko nedožívajú.

S ľuďmi majú podobné takmer všetky orgány. Využívajú sa na sledovanie nádorových ochorení, neurodegeneratívnych mozgu, pri štúdiu metabolizmu či imunity.

Čo všetko sa dá potkana naučiť?

Dokážu sa naučiť poslúchať povely, rozoznať objekty aj farbu. No vedia aj používať dotykové obrazovky či vytvoriť si veľmi úzky vzťah s pracovníkmi laboratória.

Pracovníkov v laboratóriu vedia rozpoznať nielen podľa vzhľadu, ale aj podľa ich vône.

My máme v slovenských laboratóriách potkany so schopnosťou používať tablety?

Potkany sa dokážu dotknúť obrazovky tam, kde ich to naučíte.

Ako prebieha výcvik potkana? Je to podobné ako pri psoch, že sa odmeňujú jedlom?

Áno, presne. Buď ho motivuje pozitívne, napríklad jedlom, alebo negatívne, elektrickým šokom. Odmeňovanie funguje lepšie.



Na potkanoch sú zaujímavé aj ich krvavočervené oči. Nie je to však krv, čo to je?

Je to slzami, ktoré obsahujú látky zvané porfyríny. Niektoré z nich viažu železo.

Zaujímavé je tiež to, že majú na prednej labke štyri prsty. Samička potkana má šesť párov mliečnych žliaz. Vo všeobecnosti majú zvieratá toľko mliečnych žliaz, koľko mladých priemerne vrhajú. Tak, aby sa každé mladé nakrmilo.

Magawa mal 70 centimetrov a 1,2 kilogramu. To je bežná veľkosť potkana?

Ako pri väčšine zvierat, samce sú vzrastom väčšie. Dospelá samička váži 300 až 400 gramov, samček môže mať aj kilo. Keď má potkan dobrú starostlivosť, vie narásť do veľkých rozmerov.

Tento potkan sa dožil osem rokov, to je tiež bežné?

Vôbec nie. Hlodavce sú tzv. rstratégovia. Dožijú sa približne troch rokov a majú množstvo potomstva.

Vedkyňa Kisková v laboratóriu. foto: archív T.K.

Autor: Kristína Braxatorová



Bývalý štátny tajomník Stachura: Poľné nemocnice ani povinné očkovanie by som nezaviedol. S triedením pacientov sme začali skoro

17. 1. 2022, 20:18, Zdroj: dennikn.sk, Vydavateľ: N Press, Autor: Veronika Folentová, Sentiment: Negatívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ
Dosah: 268 227 GRP: 5,96 OTS: 0,06 AVE: 1874 Eur

Peter Stachura mal v druhej vlne na starosti nemocnice. V rozhovore hovorí, prečo nie je za povinné očkovanie a prečo by išiel diskutovať s antivaxermi.

Peter Stachura bol štátnym tajomníkom za Mareka Krajčího. Vladimír Lengvarský ho z funkcie odvolal. V rozhovore hovorí, ako by sa pripravil na omikron, aj to, či nezačali s komunikačkou kampaňou k očkovaniu neskoro. Kritizuje, že nemocnice majú prístroje, ktoré sú zakryté plachtou, a nevyužívajú sa.

Minister Lengvarský vás po svojom nástupe odvolal, kde momentálne pôsobíte?

Pôsobím ako anesteziológ na polovičný úväzok v Rakúsku. Druhú časť úväzku mám na Slovensku, venujem sa projektu o liečbe akútnej bolesti.

Keď ste pôsobili na ministerstve zdravotníctva, mali ste počas prvej a druhej vlny na starosti aj nemocnice. Ako sme pripravení na omikron?

Vlny, ktoré sme už mali možnosť zvládnuť – alfa a delta –, každá bola iná. Aj omikron bude iný. Nevieť si predstaviť, že by sme sa na to vedeli do detailov pripraviť. Bude to zrejme podobné ako pri alfa a delta vlne, keď nás veľa vecí prekvapilo.

Či sme pripravení, je preto ťažká otázka. Máme indície zo zahraničia, vieme, ako sa situácia vyvíja napríklad v Spojenom kráľovstve, vieme, že závažnosť ochorenia je menšia ako pri variante delta, je zhruba tretinová šanca, že sa dostanete do nemocnice.

Vieme, že omikron je veľmi nákazlivý, šíri sa veľmi rýchlo, v krátkom časovom okne zasiahne veľké množstvo ľudí, ale nevieme, čo to urobí s našou populáciou alebo spoločnosťou, pretože sú tu rozdiely medzi Amerikou, Spojeným kráľovstvom a Južnou Afrikou, či už v očkovaní, premorení, alebo chorobnosti.

Jeden z nástrojov, ktorým chce ministerstvo zvládnuť vlnu, sú takzvané núdzové zdravotnícke zariadenia. Napísali ste o nich: „Zdá sa mi nerozumné stavať poľné nemocnice, prosím, nazývajte to pravým menom, v čase, keď kapacity v našich nemocniciach sú postačujúce, ale značne limitované personálnym zabezpečením.“ Prečo nie sú dobrý nápad?

To, čo vláda 22. decembra schválila, podľa mňa nie je šťastné riešenie. Myšlienka byť pripravení na omikron a veľký nápor je, samozrejme, správna a podporujem ju. Určite nemôžeme[lock] sedieť so založenými rukami a čakať, čo sa s nami stane.

Ale spôsob, akým sa pripravujeme, sa mi zdá trochu nešťastný. Predkladacia správa k materiálu správne hovorí, že môže v krátkom čase nastať situácia, že napríklad ambulancie budú extrémne vyťažené a nebudú dostupné. Pacienti pôjdu do najbližšej nemocnice, kde môže byť takisto nával a môže sa narušiť dostupnosť. Na toto sa musíme pripraviť.

Prečítajte si

Lengvarský ukázal plán B pre omikron: núdzové nemocnice pre tisíc pacientov, kde sa bude robiť vojnová medicína

To majú riešiť núdzové zariadenia.

Považujem za rozumnejšie rozšírenie centrálnych príjmov, tak ako to robia aj iné krajiny, ktoré pochopili, že výstavba poľných nemocníc, ktoré nie sú naviazané na už existujúcu infraštruktúru, nie je šťastným riešením. Snažia sa skôr navýšiť kapacitu centrálnych príjmov, ktoré môžu byť skutočne úzkym hrdlom celého systému. To očakávam aj u nás. Bol som veľmi prekvapený, že vláda bez odbornej diskusie schválila takýto závažný dokument, ktorý hovorí, že vo veľmi krátkom čase ideme urobiť jednu až štyri poľné nemocnice.

Má ich byť osem, v každom krajskom meste.

Kto tam bude pracovať? Hovorí sa, že by to mala byť vojnová medicína a ťažisko by mala byť na medikoch, to je veľmi otázne.

Nad medikmi má byť sestra alebo lekár. Nemajú dostatočné vzdelanie, aby zvládli posúdenie pacienta, či potrebuje lôžko v nemocnici?

Povedzte si, aký materiál prijala vláda a čo tam chcú robiť. Podľa materiálu sa tam majú robiť štyri druhy činností. Bude tam takzvaná bežná triáž, teda meranie tlaku, pulzu a saturácie. To sa dá urobiť bežne v ambulancii alebo aj doma. Na to systém triáže nepotrebujeme. Triáž plus má obsahovať aj ultrazvuk pľúc a to nie je jednoduché urobiť. Na to treba školenia a skúsenosť. Určite si neviem predstaviť, že by to medik zvládol.



Mali by odoberať krv a vyhodnotiť krvné plyny či zápalové markery z krvi. Na to potrebujete skúsenosť, lebo neliečite čísla, liečite pacienta a musíte zhodnotiť, či v jeho stave je nevyhnutné ho hospitalizovať.

V tretej fáze sú tam pre mňa veľmi otázne takzvané expektačné lôžka. Tu by mali pacienti, ktorí vyžadujú hospitalizáciu, čakať na miesto v reálnej nemocnici. Ak ho do 12 hodín nenájdu, prejdú do inej časti, kde bude hospitalizačná časť až do výšky dvesto lôžok, kde budú čakať na svoj ďalší osud.

Vedia to zabezpečiť medici?

Je veľmi otázne, či sa toto dá zabezpečiť a či je to vôbec potrebné. Na Slovensku máme množstvo lôžok, tých tisíc postelí sa dalo manažmentom nájsť aj v existujúcich nemocniciach. A či to zvládnú – časť činností, ktoré v stanoch alebo v zariadeniach budú, by vedeli zvládnuť pod určitou supervíziou. Ale obávam sa, že na to, aby to dávalo zmysel, to stačiť nebude.

Video: Anestéziológ Stachura: Poľné nemocnice by som nerobil (Autorky: Veronika Folentová, Michaela Barčíková)

Matematik Richard Kollár nedávno v rozhovore povedal, že v Británii mali podobný názor, ale keď prišiel omikron, videli, ako sa šíri nákaza, tak chceli vysunúť pacientov mimo nemocníc. Nie je to správna úvaha?

Je to nešťastný argument, lebo omikron sa bude šíriť aj v našich nemocniciach, ktoré chceme zachovať pre necovidových pacientov. Nebudú len pacienti s covidom a ťažším priebehom, ktorí budú potrebovať ísť do nemocnice. Pri omikrone bude veľa pacientov, ktorí budú pozitívni, nebudú mať príznaky covidu, ale do nemocnice budú musieť ísť s inou vecou – pôrodom, akútnym krvácaním z nosa. Budú potrebovať ísť do nemocnice, lebo v týchto stanoch im nepomôžu.

Celá myšlienka poľnej nemocnice nie je vôbec nová. Aj my sme s tým boli konfrontovaní. Boli na to silné tlaky už počas druhej vlny. Niektorí hovorili, že to je najlepšie riešenie alebo že máme urobiť červenú nemocnicu napríklad v Bratislave. Je to fúbitivé, ale v praxi je to náročný proces. Aj okolité krajiny pochopili, že toto nie je cesta. Väčšina nemocníc by mala byť v zmiešanom režime.

Aj vy ste počas druhej vlny zriadili len červené, teda covidové nemocnice.

Áno, napríklad Galanta. Aj psychiatrie boli rozdelené na červené a biele a tam to dáva zmysel, lebo psychiatrických pacientov je ťažké rozdeliť. Pre ostatných pacientov je z môjho pohľadu najlepšia kombinácia. Každé oddelenie musí mať vlastnú infekčnú izbu, každá nemocnica musí mať infekčné oddelenie, aj v ideálnom prípade sú na jednotkách intenzívnej starostlivosti zmiešaní pacienti, pretože pri omikrone bude veľké šírenie. Keď bola Galanta červená nemocnica, z takmer štyristo lôžok prešla na 80 a potom na 120. Vytvorenie červenej nemocnice znamená zásah do lôžkového fondu.

A bielu medicínu, ktorú tá nemocnica vykonávala, musíte rozložiť do okolia, čo je záťaž na ďalšie nemocnice. V praxi sa to podľa mňa neosvedčilo. Ale môže to byť ako jedna z alternatív. Druhá červená nemocnica bola v Novom Meste nad Váhom a mala veľký problém, lebo bola malá a nemala ďalšie vybavenie. Ak mal niekto ťažký priebeh a potreboval intubáciu, bol s tým vždy problém, lebo tam nebol vždy anestéziológ, bolo treba čakať na ventilované lôžko v inej nemocnici. To sa môže stať aj pri poľnej nemocnici.

Ako to myslíte?

Ak sa bude stav pacienta zhoršovať v stane, kde budú medici a jeden lekár, nebudú mať zabezpečenie, ktoré by ho mohlo zachrániť, bude to problém. A možno ešte posledným argumentom je dostupnosť. Nevie si predstaviť, že ak omikron vyradí ambulancie napríklad vo Svidníku, ľudia budú musieť cestovať do centra v Prešove, kde ich zdiagnostikujú, povedia im, že nepotrebujú hospitalizáciu a potom pôjdu zas naspäť do Svidníka?

Alebo budú potrebovať hospitalizáciu, budú na ňu čakať niekde v stane a potom im povedia, že majú ísť do Starej Ľubovne, lebo tam sa uvoľnilo miesto. Nedáva mi to zmysel.

Bolo by rozumnejšie snažiť sa v nemocniciach, kde to je možné, rozšíriť centrálnu príjmu, kde bude treba vyšetriť viacero pacientov naraz, a možno posilniť ambulancie, ktoré to potrebujú.

Covidový pacient má dnes problém dostať sa do ambulancie alebo na odborné vyšetrenie. Ministerstvo, ešte keď ste tam pôsobili, chcelo špecializované covidové ambulancie. Prečo sa nepodarili zriadiť?

Bola to jedna z alternatív. Investovali sme veľa času, aby sme tento koncept presadili, ale neukázal sa ako veľmi zmysluplný. Covidový pacient je klasický pacient a ambulantný lekár by sa oňho mal vedieť postarať. Môže to robiť vo vyhradenom čase, napríklad na konci ordinačných hodín. Nezdalo sa nám zmysluplné, aby boli do covidových ambulancií posúvaní pacienti, ktorí majú covid. Zvlášť teraz pri omikrone, ak ich bude extrémne veľa. A nerieši to špecializovanú starostlivosť, lebo by to bola len primárna diagnostika.

Neboli by pripravené na špecializované výkony, napríklad, ak by niekto dostal obličkový záchvat, nemá ultrazvuk alebo špecialistu. Veľmi by im to nepomohlo. Veľký problém bol, kto by tam pracoval, bolo ťažké motivovať lekárov, aby išli pracovať do takýchto ambulancií.



Foto – MZ SR

Nevidíte zmysel v covidových ambulanciách ani v poľných nemocniciach. Čo teda spraviť, aby sme omikron zvládli?

Zdá sa mi racionálne rozšíriť centrálné príjmy hlavne pre covidových pacientov. Niektoré centrálné príjmy sa totiž len tak volajú, ale sú to v podstate dve príjmové ambulancie, ktoré nie sú pripravené na väčší nápor pacientov. Pacient s covidom je stále pacient a treba sa o neho postarať. Nie je argument, že máte covid, tak vás nevyšetrím a väčšina ambulancií pacientov vyšetruje.

Je dôležité hovoriť o tom, kedy už ísť do nemocnice, aby nedochádzalo k prehriatiu nemocníc. Všetci by mali už teraz mať doma pľúcny oxymeter. Mali by mať k dispozícii jednoduché lieky proti teplote. Mali by vedieť, že ak majú dýchavičnosť v pokoji, zrýchlené dýchanie od 25 do 30 dychov za minútu, je to už príznak postupujúceho ochorenia. Alebo ak majú saturáciu pod 90 percent, je to rizikové. V takom prípade majú ísť do nemocnice alebo ambulancie. Inak to môžu zvládnuť doma.

A možno treba posilniť ambulancie, a mohli by sme tam poslať tých medikov, ktorí by mali byť v poľných nemocniciach. Aj toto by bolo riešenie – pomôcť ambulantom lekárom, ktorí budú mať nápor, lebo to bude miesto, kam pôjdu pacienti ako k prvým. Ak má byť rozdiel medzi vojenskou nemocnicou v stane a liečbou doma nejaký koncentrátor kyslíka, tak to ho potom môžeme dať pacientovi domov.

Pri omikrone je veľký problém výpadok personálu. Čo môžeme nasledujúci mesiac očakávať?

Je ťažké niečo očakávať. Omikron spôsobí výpadky, očakávam, že budú krátkodobé, že sa to nebude vliecť mesiac. Ešte by sme sa rýchlo mali zamyslieť nad dĺžkou karantény. Ak bude kľúčový kritický personál pozitívny, ale bude bez príznakov, tak bude väčšia škoda, ak nebudú pracovať.

Cestou je, že pozitívni lekári by pracovali v nemocnici s covidovými pacientmi?

Samozrejme, s covidovými pacientmi, ale ak by bolo veľmi zle a robili by sme vojnovú medicínu, tak pri dodržiavaní protipandemických opatrení by mohli robiť aj pri necovidových pacientoch. Treba sa nad tým zamyslieť, je to jedna z ciest.

Pri omikrone sa ľudia rozdeľujú na optimistov, ktorí hovoria, že to bude miernejšie, toľko ľudí neumrie a bude to krátke. A na pesimistov, ktorí predpokladajú, že to bude veľmi zlé, lebo máme nízku zaočkovanosť. Na ktorú stranu sa prikláňate?

Bol by som rád, keby som ostal niekde v strede. Treba si zachovať chladnú hlavu. Videli sme, čo spôsobujú prehnané odhady. Videli sme to už v prvej vlne, keď sme hovorili, že budeme potrebovať tisíce pľúcnych ventilátorov. Takéto zvolacie vety spôsobujú, že sa začne horúčkovo nakupovať alebo ľudia podliehajú panike. To nie je šťastné riešenie.

Videli sme aj iný extrém, že aj pán minister Lengvarský spomínal niekedy v septembri, že v novembri už bude po variante delta a môžeme si objednať dovolenky na Silvestra. Nakoniec na jednu aj odletel. Ale nepotvrdilo sa to, delta bola ráznejšia, bolo veľmi veľa pacientov v nemocniciach, nebolo ich toľko ako v druhej vlne, ale bolo ich veľa.

Robiť nejaké prognózy je veľmi náročné a obávam sa, že aj tieto poľné nemocnice sú presne takýto konštrukt – vytvorí sa tu strach, že sa niečo môže stať. Čiastočne to chápem, lebo sa treba pripraviť, ale spôsobí to, že budeme horúčkovo nakupovať priamym rokovacím konaním za 24 až 30 miliónov niektoré veci, ktoré skončia v skrini a tie stany po pár dňoch rozložíme. Je to taká nerest slovenskej politiky – taký akcionizmus –, musíme niečo urobiť, aby sa dalo povedať, že sme urobili všetko.

Mali by sme sa pozrieť do zahraničia. Jedným z argumentov poľných nemocníc je Veľká Británia, ale tam už idú cestou rozšírenia centrálnych príjmov a povedali si, že poľná nemocnica nebol najšťastnejší nápad. Takisto Česko, v Prahe urobili za sto miliónov českých korún nemocnicu, ktorú rozobrali, neležal tam ani jeden pacient. Treba to trochu zracionalizovať a ostať niekde v strede.

Prečítajte si

Lengvarský je v čase obáv z omikronu na dovolenke v Ománe. Sulík varuje pred vyvolávaním závisti

Poľné nemocnice by ste nestavali?

Určite nie.

Obávate sa nákupu zariadenia do poľných nemocníc?

Priame rokovanie je vždy neštandardným riešením, obchádza verejné obstarávanie. Je tam, samozrejme, vyšší záujem ochrániť spoločnosť, nie je to nič nekalé. Ale prináša to riziká. Dokument ministerstva, ktorý je podľa mňa slabý, hovorí, že ideme robiť len bazánu a vojnovú medicínu, budú tam medicí, ale na druhej strane je tam veľmi veľa vecí, ktoré nemajú ani niektoré akútne nemocnice.

Napríklad analyzátor krvných plynov, ultrazvuky alebo elektronické stetoskopy, sú tam laptopy, ktoré sú pripravené na telemedicínu. Je tam veľmi veľa vecí, ktoré sa budú teraz obstarávať priamym rokovacím konaním. Takéto veci v budúcnosti treba dobre zvážiť.



Keď núdzové zariadenia skončia, aspoň sa dovybavia nemocnice.

Čiastočne áno. Ale divili by ste sa, koľko vecí je zahalených plachtou. Som prekvapený, koľko vecí máme v nemocniciach a nepoužívajú sa. Buď ich nemá kto používať, alebo to nepoužívajú, lebo na to nie sú zvyknutí.

Práve helikoptérové peniaze, ktoré sa rozsypávali v rámci covidu do nemocníc, mnohým pomohli, lebo si svoj zastaraný systém zmodernizovali, na druhej strane sa nakúpili aj veci, ktoré sa nepoužívajú. Úplne klasickým príkladom je ECMO (mimotelová membránová oxygenácia krvi – pozn. red.) .

Mňa to tak vytáča, keď vidím, že tie prístroje sa v nemocniciach rozmohli ako huby po daždi, ale skutočne ich vedia využiť len tri centrá na Slovensku. A pre malú krajinu ako Slovensko tri centrá stačia, nemusíme mať tieto zariadenia v každej regionálnej nemocnici.

Keď máme dostatok zdrojov, ako sa tvárimo, a začneme nakupovať takéto prístroje, ktoré potom stoja niekde v sklade, je to škoda, lebo zdravotníctvo potrebuje ciele investície tam, kde sú nevyhnutné, a nie na veci, ktoré potom stoja v sklade.

Jedna vec je zariadenie, ale máme obrovský problém s personálom. Niektorých už čaká štvrtá vlna. Môžeme čakať veľký exodus lekárov a sestier?

Je to náročné starať sa o covidových pacientov zvlášť v slovenskom zdravotníctve. Videl som zdravotné sestry, ktoré sú, povedal by som, unavené životom. Sú už v určitom veku a musia sa starať o pacienta, ktorého treba prekladať na brucho, a je to veľmi náročné. Mnohé si povedia, že to už nedávajú, skončia a pôjdu skôr do dôchodku alebo budú robiť niečo iné. To je možné, ale neočakávam masívny exodus.

Ľudia, ktorí chcú odísť, tú možnosť majú. Je to úloha aj nás, ktorí sme odišli do zahraničia, aby sme začali postupne meniť prostredie na Slovensku. Napríklad, dokumentácia sestier na Slovensku, ak chcete vedieť jednoduchú vec o pacientovi, musíte 20 minút hľadať v záznamoch. V Rakúsku to máte hneď v tabuľke a nie je to také zašifrované ako na Slovensku. Toto vyháňa sestry.

Nie je to len o platoch. Aj keď sú málo ohodnotené a musíme s tým niečo urobiť, ale kvalita pracovného prostredia je veľmi zlá. Nevieme komunikovať, vzťah lekár a sestra u nás nefunguje, dokumentácia je zlá, máme tu ošetrovateľských profesorov, ktorí vymýšľajú rôzne veci, ktoré v praxi sestry len zbytočne zaťažujú a vyvolávajú nevoľu pracovať. Sestra by mala byť pri lôžku s pacientom a nemala by vypisovať sesterské diagnózy a sesterský proces. Treba sa pozrieť, ako to funguje v zahraničí.

Na odchody sa pýtam aj preto, že ste spoluautorom dokumentu o triáži, ktorý sa začal používať počas delty. Podľa neho sa môžu lekári rozhodovať, či pacienta podľa bodov pošlú na JIS alebo na umelú pľúcnu ventiláciu. Do akej miery to môže ovplyvniť mladého lekára, ktorý počas dvoch rokov pandémie musí rozhodovať aj o tom, či pacienta pošle na vyššie pracovisko?

Medicína je o rozhodovaní. Každý deň rozhodujete, čo pacientovi poskytnete alebo neposkytnete. Aj mladí zdravotníci budú celý život rozhodovať, čo je pre pacienta lepšie a čo horšie. Cieľom dokumentu bolo pripraviť Slovensko na extrémnu situáciu, „vojnový stav“, keď sa vyčerpali iné možnosti. Triáž pacientov sa robí vždy, existuje jednoduchá poučka – buď ste príliš dobrý na intenzívnu starostlivosť a máte ísť na normálne oddelenie, alebo ste príliš zlý a ani intenzívna starostlivosť vám nepomôže vrátiť sa do života alebo prežiť a ostávate na normálnom oddelení.

Ďalšie triedenie, o ktorom hovorí aj tento dokument, ide ešte ďalej a vraví, že ak máte štyroch rovnakých alebo podobných pacientov a len jedno lôžko, ktorého uprednostníte a ktorý šancu nedostane. To je úplne niečo iné. Preto som trochu kritizoval situáciu na Slovensku, lebo tento dokument mal začať platiť, keď sme urobili všetko, čo je v našich silách. Mali byť využité špecializované ústavy, mala tu byť zahraničná pomoc.

V druhej vlne sme naháňali každý deň nové lôžko, aby sme pacientov mohli niekde uložiť. Nedá sa to urobiť tak, ako sa to stalo, že povieme, máme 300 miest a buď má človek šťastie, alebo smolu. Na to ten dokument nemal slúžiť. Dúfam, že v omikron vlne nebudeme musieť k takejto triáži pristúpiť.

Použil sa dokument o triáži priskoro?

Z môjho subjektívneho pohľadu sme neurobili všetko, aby sme mohli povedať, že nastal čas, keď musíme triediť pacientov takýmto štýlom. Nezaregistroval som prevozy do zahraničia ani zahraničné tímy, nebolo dosiahnuté maximum. Tvrdili, že odišiel personál, ale v druhej vlne nebol personál zaočkovaný, takisto odchádzal a aj tak boli čísla iné. Snaha vyvinúť maximálne úsilie z môjho pohľadu nebola dostatočná. Počas druhej vlny sme mali centrálné riadenie nemocníc a fungovalo veľmi dobre, tím pracoval na naháňaní lôžok. Potom sa rozpustil, pamäť zmizla a posunulo sa to na regionálnu úroveň, kde to riešili kraje.

Ak by ste počas delty boli štátnym tajomníkom, zapojili by ste srdcové alebo onkologické ústavy a riešili by sa prevozy mimo krajov?

Áno. Pacient s covidom – a neriešime, či bol očkovaný alebo nie – sa dusí. Má závažné ochorenie, ktoré treba riešiť. Pacient, ktorý čaká na kardiologickú operáciu, je takisto pacient. Ale musíte sa rozhodovať podľa toho, čo spôsobí škodu rýchlejšie. Ak sa niekto udusí, lebo



nedostane kyslík a druhý pacient nebude čakať tri, ale štyri mesiace, myslím, že je legitímne, aby špecializované ústavy zabezpečili popri akútnej starostlivosti aj spoluúčasť pri covide, je to tak čestné.

Nemôžeme nechať jednu nemocnicu napospas a triážovať a my si budeme robiť svojich pacientov ako doteraz. Snažili sme sa tlačiť na všetkých. Aj súkromná spoločnosť CINRE musela zobrať covidových pacientov. V tejto vlne som to nevidel. Niektoré nemocnice si povedali, že sa starajú o svojich pacientov a hotovo. Ale potom ako môžeme robiť inde triáž?

Vo vlne delta do toho vstupovalo aj očkovanie. Dokument o triáži o očkovaní nehovorí, lebo sa vtedy ešte neočkovalo. Ak by ste ho robili teraz, pridali by ste bod o očkovaní, aby napríklad tí mali väčšiu šancu dostať sa k ventilácii?

Nedával by som to tam, lebo je veľa dôvodov, prečo sa ľudia nedávajú očkovať, a nevieme to objektívne zhodnotiť.

Na ministerstve ste boli, keď prichádzali prvé vakcíny. Zlyhali ste na začiatku pri očkovaní, že ste nevyužili to obdobie na masívnu kampaň?

Kampaň mohla byť trochu skôr a mohla byť šťastnejšia. Ale na začiatku to vôbec nebolo zlé. Začali sme očkovať ako jedna z prvých krajín, sám som bol 28. alebo 29. decembra zaočkovaný. Začali sme veľmi skoro, nálada v spoločnosti bola pozitívna. Bolo treba v nej pokračovať. Toto už nie je len vec ministerstva, ale aj politickej situácie. Niektorí sa politicky profilovali na tom, že nepovedali jednoznačne, že očkovanie je nevyhnutné. To bola časť problému. Nemáme národnú stratégiu, v ktorej by bola spoločne opozícia aj koalícia s jednotnou líniou. Je to absolútny národný záujem.

Druhá vec je alternatívna scéna. Stále nerozumiem, prečo sa naši experti boja komunikovať s týmito ľuďmi. Chápem, že sa niekedy ťažko argumentuje, ale bez takejto úprimnej komunikácie s druhou stranou sa niektorí ľudia necítia vypočutí. Aj to bola trochu chyba, mohli sme viac konfrontovať skupinu ľudí, ktorí sú extrémne proti očkovaniu.

Išli by ste do takej debaty?

Viem zo svojich skúseností povedať, že som videl umierať ľudí s covidom. Viem povedať, že boli aj mladí, zdraví. Osobné skúsenosti, ktoré ako lekár mám, viem sprostredkovať aj verejne. To isté som očakával aj od ľudí, ktorí sú mediálne známi a ktorí sa starajú pravidelne o takýchto pacientov. Každá komunikácia má určitý zmysel, lebo nás núti zamyslieť sa, či náhodou druhá strana nemá aspoň trochu pravdy.

Išli by ste do diskusie s lekárom Liptákom či Bukovským?

Nebránim sa tomu. Viem si to predstaviť, lebo by som vedel sprostredkovať to, čo som zažil a zažívam.

Takže to podľa vás má zmysel?

Myslím, že áno. Veľa ľudí sa na mňa obracia s banálnymi otázkami. Nevedia a boja sa, pýtajú sa, či sa majú dať zaočkovať alebo nie. Pýtajú sa, čo by som robil, čo by som odporučil svojej rodine. Je tu veľká informačná asymetria napriek tomu, že informácie sú, ale majú ich ľudia, ktorí si bežne ráno otvoría noviny a čítajú. Ale sú tu ľudia, ktorí z rôznych dôvodov prístup k informáciám nemajú.

S nimi treba robiť a je chybou, že sme nezačali viac očkovať v ambulanciách. Lebo tam majú s pacientom kontakt, dôverujú mu a vedia o ňom, že je rizikový. Trochu mi prekáža, že ideme očkovať deti, ktoré majú vysokú pravdepodobnosť, že by ochorenie prekonali bez problémov, ale bytostne sa nezameriavame na najviac rizikových, ktorí musia byť očkovaní, lebo skončia na intenzívke. Toto je škoda, tam sme mali začať.

Nie je škoda, že ste tak nezačali? Že od začiatku decembra neprebíhala veľká komunikačná kampaň zacielená na rizikových pacientov alebo ste nepomáhali všeobecným lekárom, aby vyberali rizikových pacientov?

Koncom decembra prišli očkovacie látky. Každá mala svoj spôsob uskladnenia a Pfizer sa vtedy uskladňoval pri mínus 80 stupňoch. Žiadna ambulancia nebola vybavená mrazničkou, ktorá by ich mohla uskladniť. Zmena, ktorá ich povolila uskladniť pri vyššej teplote, prišla až v apríli. V apríli, keď som odchádzal, bol pripravený pilotný projekt, aby začali ambulantní – všeobecní lekári aj špecialisti – očkovať.

Po nástupe nového vedenia sa tento projekt zastavil a ambulantní lekári začali očkovať až začiatkom júla. To boli letné prázdniny. Očkovanie sa rozbehlo s pomerne veľkou byrokratickou záťažou a doteraz nemajú ambulantní lekári prístup k vakcíne od firmy Johnson & Johnson, ktorá je jednoduchšia, lebo sa nemusí riediť. Matematik Richard Kollár v minulosti hovoril, že tu je dátové peklo, myslím si, že stále trvá. Vieme, koľko ambulantných lekárov očkuje? Ja to neviem. Naposledy som počul, že to je desať percent, a to je veľmi málo. V Česku 30 až 40 percent očkovacích látok podajú ambulantní lekári.

Čo by pomohlo? Vyššie platby?



Tie sa už nastavili.

Tak prečo to nerobia?

Asi nie sú nútení. Kým zavedieme povinné očkovanie, mali by sme sa zamyslieť, ako motivovať ambulantných lekárov očkovať. Znížiť byrokráciu, pomôcť im, aby očkovali vakcínou od spoločnosti Johnson & Johnson. Spýtať sa ich, prečo neočkujú. Pre všeobecného lekára by to malo byť súčasťou jeho práce. Ak mám 2-tisíc pacientov, viem, že napríklad 500 nevyhnutne potrebuje očkovanie. A tých si musím získať – listom, zavolať im, rozprávať sa s nimi pri prehliadke.

Ak na to nemám kapacity, tak sme im mali pomôcť, možno tam sme mali dať medika, alebo ich odťažiť, aby to zvládali. Kto sa chcel dať zaočkovať, je už zaočkovaný. Teraz už treba presviedčať tých, u ktorých očkovanie dáva najväčší zmysel.

V momentálnej situácii by ste za povinné očkovanie neboli?

Nie.

Peter Stachura

Od 1. júna 2020 bol štátnym tajomníkom na ministerstve zdravotníctva, odvolal ho minister Vladimír Lengvarský. Vyštudoval Lekársku fakultu **UPJŠ** v Košiciach. Pracoval v nemocniciach v Rakúsku a Nemecku. Pôsobil na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny v nemocnici v Levoči, na nemeckých klinikách v Görlitz a Bayreuth. Pracoval v oddelení paliatívnej medicíny Univerzitnej nemocnice v Erlangene a na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny Univerzitnej nemocnice v St. Pöltene v Rakúsku.

Zdroj – MZSR

Autor: Veronika Folentová



Online skúšanie vysokoškolákov so sebou prináša isté riziká v podobe podvádzania či odpisovania. Je ich hodnotenie objektívne? [↗](#)

📅 18. 1. 2022, 5:43, Zdroj: kosiceonline.sk [↗](#), Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 22 983 GRP: 0,51 OTS: 0,01 AVE: 397 Eur

JANA TOMAŠKOVIČOVÁ, Dnes | 05:32

Univerzity zdôrazňujú, že študenti takýmto správaním znižujú predovšetkým kvalitu svojho vzdelania.

Vysokoškoláci sa zatiaľ nevrátili k prezenčnej výučbe. Zimný semester akademického roka 2021/2022 musia najprv ukončiť skúškovým obdobím, ktoré sa na väčšine fakúlt realizuje dištančnou formou. Inak to nie je ani na Univerzite Pavla Jozefa Šafárika (**UPJŠ**) v Košiciach. Výnimkou sú však Lekárska a Prírodovedecká fakulta, keďže prezenčné skúšanie sa týka najmä predmetov, ktorých ukončenie je podmienené preverovaním praktickými zručnosťami. Online skúšanie však so sebou prináša isté riziká vrátane neetického správania zo strany študentov v podobe podvádzania či odpisovania.

„Tak, ako sa dištančná výučba realizuje osobitnými metódami a formami, tak aj záverečná diagnostika pri dištančnej výučbe má svoje overené metódy, ktorých využívanie v maximálnej možnej miere umožňuje objektívnosť hodnotenia a eliminuje podvodné praktiky. **UPJŠ** sa snaží za každých okolností viesť svojich študentov k poctivému štúdiu a zistené prípady akademických podvodov adekvátne postihovať v zmysle platnej legislatívy a interných predpisov,“ uviedol pre Košice Online hovorca **UPJŠ** Tomáš Zavatčan.

Prezenčné skúšanie sa týka najmä predmetov, ktorých ukončenie je podmienené preverovaním praktickými zručnosťami (Ilustračná fotografia) / TASR

Technická univerzita v Košiciach (TUKE) preferuje prezenčné skúšanie študentov, avšak len v tom prípade, ak to dovoľujú kapacitné možnosti jednotlivých miestností.

„V dôsledku vývoja epidemiologickej situácie máme bohaté skúsenosti so snahami o podvádzanie pri skúškach, čím minimalizujeme tieto pokusy. Na druhej strane som presvedčený, že väčšina našich študentov si uvedomuje, že prípadnými snahami o podvádzanie znižuje hlavne kvalitu svojho vzdelania,“ zdôraznil prorektor pre vzdelávanie TUKE Ervin Lumnitzer.

Všetky skúšky na Univerzite veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach sa realizujú dištančne, písomné testy prostredníctvom systému MOODLE, ústne skúšky prostredníctvom MS Teams, čo potvrdila jej hovorkyňa Zuzana Bobriková:

„Vyučujúci i študenti získali v minulom roku skúsenosti s dištančnou formou skúšania. Nie je to ideálna forma, ale nejaký čas ešte bude na univerzitách prevažovať. Aby sa predišlo podvádzaniu študentov na skúškach, skúšajúci zvyšujú náročnosť testov, skracujú časovú dotáciu na test, otázky generujú sekvenčne. Proti neetickému správaniu pri vykonávaní skúšky môže byť študent požiadaný o prehliadku miestnosti, zdieľanie pracovnej plochy alebo mu môžu byť kladené ďalšie doplňujúce otázky k jeho odpovedi.“

Rector Prešovskej univerzity (PU) Peter Kónya rozhodol, že študenti sú skúšaní prezenčne, pričom sa to týka všetkých študijných odborov. Hovorkyňa PU Anna Polačková pripomenula, že samozrejmosťou je dodržiavanie viacerých protipandemických opatrení:

„Na študentov zúčastňujúcich sa skúšok alebo konzultácií sa vzťahuje povinnosť preukázať sa dokladom o očkovaní proti ochoreniu COVID-19, dokladom o jeho prekonaní alebo negatívnym výsledkom antigénového testu na prítomnosť vírusu nie starším ako 48 hodín alebo PCR testu nie starším ako 72 hodín. Pri realizácii skúšok je potrebné zabezpečiť obsadenie maximálne 30 percent kapacity miestnosti.“

Komentáre



Fakulty a ústavy UPJŠ



Bývalý štátny tajomník Stachura: Poľné nemocnice ani povinné očkovanie by som nezaviedol. S triedením pacientov sme začali skoro

17. 1. 2022, 20:18, Zdroj: [dennikn.sk](#), Vydavateľ: N Press, Autor: Veronika Folentová, Sentiment: Negatívny, Téma: Fakulty a ústavy UPJŠ, Kľúčové slová: Lekárska Fakulta UPJŠ
Dosah: 268 227 GRP: 5,96 OTS: 0,06 AVE: 1874 Eur

Peter Stachura mal v druhej vlne na starosti nemocnice. V rozhovore hovorí, prečo nie je za povinné očkovanie a prečo by išiel diskutovať s antivaxermi.

Peter Stachura bol štátnym tajomníkom za Mareka Krajčího. Vladimír Lengvarský ho z funkcie odvolal. V rozhovore hovorí, ako by sa pripravil na omikron, aj to, či nezačali s komunikačkou kampaňou k očkovaniu neskoro. Kritizuje, že nemocnice majú prístroje, ktoré sú zakryté plachtou, a nevyužívajú sa.

Minister Lengvarský vás po svojom nástupe odvolal, kde momentálne pôsobíte?

Pôsobím ako anesteziológ na polovičný úväzok v Rakúsku. Druhú časť úväzku mám na Slovensku, venujem sa projektu o liečbe akútnej bolesti.

Keď ste pôsobili na ministerstve zdravotníctva, mali ste počas prvej a druhej vlny na starosti aj nemocnice. Ako sme pripravení na omikron?

Vlny, ktoré sme už mali možnosť zvládnuť – alfa a delta –, každá bola iná. Aj omikron bude iný. Nevieť si predstaviť, že by sme sa na to vedeli do detailov pripraviť. Bude to zrejme podobné ako pri alfa a delta vlne, keď nás veľa vecí prekvapilo.

Či sme pripravení, je preto ťažká otázka. Máme indície zo zahraničia, vieme, ako sa situácia vyvíja napríklad v Spojenom kráľovstve, vieme, že závažnosť ochorenia je menšia ako pri variante delta, je zhruba tretinová šanca, že sa dostanete do nemocnice.

Vieme, že omikron je veľmi nákazlivý, šíri sa veľmi rýchlo, v krátkom časovom okne zasiahne veľké množstvo ľudí, ale nevieme, čo to urobí s našou populáciou alebo spoločnosťou, pretože sú tu rozdiely medzi Amerikou, Spojeným kráľovstvom a Južnou Afrikou, či už v očkovaní, premorení, alebo chorobnosti.

Jeden z nástrojov, ktorým chce ministerstvo zvládnuť vlnu, sú takzvané núdzové zdravotnícke zariadenia. Napísali ste o nich: „Zdá sa mi nerozumné stavať poľné nemocnice, prosím, nazývajte to pravým menom, v čase, keď kapacity v našich nemocniciach sú postačujúce, ale značne limitované personálnym zabezpečením.“ Prečo nie sú dobrý nápad?

To, čo vláda 22. decembra schválila, podľa mňa nie je šťastné riešenie. Myšlienka byť pripravení na omikron a veľký nápor je, samozrejme, správna a podporujem ju. Určite nemôžeme[lock] sedieť so založenými rukami a čakať, čo sa s nami stane.

Ale spôsob, akým sa pripravujeme, sa mi zdá trochu nešťastný. Predkladacia správa k materiálu správne hovorí, že môže v krátkom čase nastať situácia, že napríklad ambulancie budú extrémne vyťažené a nebudú dostupné. Pacienti pôjdu do najbližšej nemocnice, kde môže byť takisto nával a môže sa narušiť dostupnosť. Na toto sa musíme pripraviť.

Prečítajte si

Lengvarský ukázal plán B pre omikron: núdzové nemocnice pre tisíc pacientov, kde sa bude robiť vojnová medicína

To majú riešiť núdzové zariadenia.

Považujem za rozumnejšie rozšírenie centrálnych príjmov, tak ako to robia aj iné krajiny, ktoré pochopili, že výstavba poľných nemocníc, ktoré nie sú naviazané na už existujúcu infraštruktúru, nie je šťastným riešením. Snažia sa skôr navýšiť kapacitu centrálnych príjmov, ktoré môžu byť skutočne úzkym hrdlom celého systému. To očakávam aj u nás. Bol som veľmi prekvapený, že vláda bez odbornej diskusie schválila takýto závažný dokument, ktorý hovorí, že vo veľmi krátkom čase ideme urobiť jednu až štyri poľné nemocnice.

Má ich byť osem, v každom krajskom meste.

Kto tam bude pracovať? Hovorí sa, že by to mala byť vojnová medicína a ťažisko by mala byť na medikoch, to je veľmi otázne.

Nad medikmi má byť sestra alebo lekár. Nemajú dostatočné vzdelanie, aby zvládli posúdenie pacienta, či potrebuje lôžko v nemocnici?

Povedzme si, aký materiál prijala vláda a čo tam chcú robiť. Podľa materiálu sa tam majú robiť štyri druhy činností. Bude tam takzvaná bežná triáž, teda meranie tlaku, pulzu a saturácie. To sa dá urobiť bežne v ambulancii alebo aj doma. Na to systém triáže nepotrebujeme. Triáž plus má obsahovať aj ultrazvuk pľúc a to nie je jednoduché urobiť. Na to treba školenia a skúsenosť. Určite si neviem predstaviť, že by to medik zvládol.



Mali by odoberať krv **a** vyhodnotiť krvné plyny či zápalové markery z krvi. Na to potrebujete skúsenosť, lebo neliečite čísla, liečite pacienta **a** musíte zhodnotiť, či v jeho stave je nevyhnutné ho hospitalizovať.

V tretej fáze sú tam **pre** mňa veľmi otázne takzvané expektačné lôžka. Tu by mali pacienti, ktorí vyžadujú hospitalizáciu, čakať na miesto v reálnej nemocnici. Ak ho do 12 hodín nenájdu, prejdú do inej časti, kde bude hospitalizačná časť až do výšky dvesto lôžok, kde budú čakať na svoj ďalší osud.

Vedia to zabezpečiť medici?

Je veľmi otázne, či sa toto dá zabezpečiť **a** či je to vôbec potrebné. Na Slovensku máme množstvo lôžok, tých tisíc postelí sa dalo manažmentom nájsť aj v existujúcich nemocniciach. **A** či to zvládnú – časť činností, ktoré v stanoch alebo v zariadeniach budú, by vedeli zvládnuť pod určitou supervíziou. Ale obávam sa, že na to, aby to dávalo zmysel, to stačiť nebude.

Video: Anestéziológ Stachura: Poľné nemocnice by som nerobil (Autorky: Veronika Folentová, Michaela Barčíková)

Matematik Richard Kollár nedávno v rozhovore povedal, že v Británii mali podobný názor, ale keď prišiel omikron, videli, ako sa šíri nákaza, tak chceli vysunúť pacientov mimo nemocníc. Nie je to správna úvaha?

Je to nešťastný argument, lebo omikron sa bude šíriť aj v našich nemocniciach, ktoré chceme zachovať **pre** necovidových pacientov. Nebudú len pacienti s covidom **a** ťažším priebehom, ktorí budú potrebovať ísť do nemocnice. Pri omikrone bude veľa pacientov, ktorí budú pozitívni, nebudú mať príznaky covidu, ale do nemocnice budú musieť ísť s inou vecou – pôrodom, akútnym krvácaním z nosa. Budú potrebovať ísť do nemocnice, lebo v týchto stanoch im nepomôžu.

Celá myšlienka poľnej nemocnice nie je vôbec nová. Aj my sme s tým boli konfrontovaní. Boli na to silné tlaky už počas druhej vlny. Niektorí hovorili, že to je najlepšie riešenie alebo že máme urobiť červenú nemocnicu napríklad v Bratislave. Je to fúbitivé, ale v praxi je to náročný proces. Aj okolité krajiny pochopili, že toto nie je cesta. Väčšina nemocníc by mala byť v zmiešanom režime.

Aj vy ste počas druhej vlny zriadili len červené, teda covidové nemocnice.

Áno, napríklad Galanta. Aj psychiatrie boli rozdelené na červené **a** biele **a** tam to dáva zmysel, lebo psychiatrických pacientov je ťažké rozdeliť. **Pre** ostatných pacientov je z môjho pohľadu najlepšia kombinácia. Každé oddelenie musí mať vlastnú infekčnú izbu, každá nemocnica musí mať infekčné oddelenie, aj v ideálnom prípade sú na jednotkách intenzívnej starostlivosti zmiešaní pacienti, pretože pri omikrone bude veľké šírenie. Keď bola Galanta červená nemocnica, z takmer štyristo lôžok prešla na 80 **a** potom na 120. Vytvorenie červenej nemocnice znamená zásah do lôžkového fondu.

A bielu medicínu, ktorú tá nemocnica vykonávala, musíte rozložiť do okolia, čo je záťaž na ďalšie nemocnice. V praxi sa to podľa mňa neosvedčilo. Ale môže to byť ako jedna z alternatív. Druhá červená nemocnica bola v Novom Meste nad Váhom **a** mala veľký problém, lebo bola malá **a** nemala ďalšie vybavenie. Ak mal niekto ťažký priebeh **a** potreboval intubáciu, bol s tým vždy problém, lebo tam nebol vždy anestéziológ, bolo treba čakať na ventilované lôžko v inej nemocnici. To sa môže stať aj pri poľnej nemocnici.

Ako to myslíte?

Ak sa bude stav pacienta zhoršovať v stane, kde budú medici **a** jeden lekár, nebudú mať zabezpečenie, ktoré by ho mohlo zachrániť, bude to problém. **A** možno ešte posledným argumentom je dostupnosť. Nevie si predstaviť, že ak omikron vyradí ambulancie napríklad vo Svidníku, ľudia budú musieť cestovať do centra v Prešove, kde ich zdiagnostikujú, povedia im, že nepotrebujú hospitalizáciu **a** potom pôjdu zas naspäť do Svidníka?

Alebo budú potrebovať hospitalizáciu, budú na ňu čakať niekde v stane **a** potom im povedia, že majú ísť do Starej Ľubovne, lebo tam sa uvoľnilo miesto. Nedáva mi to zmysel.

Bolo by rozumnejšie snažiť sa v nemocniciach, kde to je možné, rozšíriť centrálnu príjmu, kde bude treba vyšetriť viacero pacientov naraz, **a** možno posilniť ambulancie, ktoré to potrebujú.

Covidový pacient má dnes problém dostať sa do ambulancie alebo na odborné vyšetrenie. Ministerstvo, ešte keď ste tam pôsobili, chcelo špecializované covidové ambulancie. Prečo sa nepodarili zriadiť?

Bola to jedna z alternatív. Investovali sme veľa času, aby sme tento koncept presadili, ale neukázal sa ako veľmi zmysluplný. Covidový pacient je klasický pacient **a** ambulantný lekár by sa oňho mal vedieť postarať. Môže to robiť vo vyhradenom čase, napríklad na konci ordinačných hodín. Nezdalo sa nám zmysluplné, aby boli do covidových ambulancií posúvaní pacienti, ktorí majú covid. Zvlášť teraz pri omikrone, ak ich bude extrémne veľa. **A** nerieši to špecializovanú starostlivosť, lebo by to bola len primárna diagnostika.

Neboli by pripravené na špecializované výkony, napríklad, ak by niekto dostal obličkový záchvat, nemá ultrazvuk alebo špecialistu. Veľmi by im to nepomohlo. Veľký problém bol, kto by tam pracoval, bolo ťažké motivovať lekárov, aby išli pracovať do takýchto ambulancií.



Foto – MZ SR

Nevidíte zmysel v covidových ambulanciách ani v poľných nemocniciach. Čo teda spraviť, aby sme omikron zvládli?

Zdá sa mi racionálne rozšíriť centrálné príjmy hlavne **pre** covidových pacientov. Niektoré centrálné príjmy sa totiž len tak volajú, ale sú to v podstate dve príjmové ambulancie, ktoré nie sú pripravené na väčší nápor pacientov. Pacient s covidom je stále pacient **a** treba sa o neho postarať. Nie je argument, že máte covid, tak vás nevyšetrím **a** väčšina ambulancií pacientov vyšetruje.

Je dôležité hovoriť o tom, kedy už ísť do nemocnice, aby nedochádzalo k prehriatiu nemocníc. Všetci by mali už teraz mať doma pľúcny oxymeter. Mali by mať k dispozícii jednoduché lieky proti teplote. Mali by vedieť, že ak majú dýchavičnosť v pokoji, zrýchlené dýchanie od 25 do 30 dychov za minútu, je to už príznak postupujúceho ochorenia. Alebo ak majú saturáciu pod 90 percent, je to rizikové. V takom prípade majú ísť do nemocnice alebo ambulancie. Inak to môžu zvládnuť doma.

A možno treba posilniť ambulancie, **a** mohli by sme tam poslať tých medikov, ktorí by mali byť v poľných nemocniciach. Aj toto by bolo riešenie – pomôcť ambulantným lekárom, ktorí budú mať nápor, lebo to bude miesto, kam pôjdu pacienti ako k prvým. Ak má byť rozdiel medzi vojenskou nemocnicou v stane **a** liečbou doma nejaký koncentrátor kyslíka, tak to ho potom môžeme dať pacientovi domov.

Pri omikrone je veľký problém výpadok personálu. Čo môžeme nasledujúci mesiac očakávať?

Je ťažké niečo očakávať. Omikron spôsobí výpadky, očakávam, že budú krátkodobé, že sa to nebude vliecť mesiac. Ešte by sme sa rýchlo mali zamyslieť nad dĺžkou karantény. Ak bude kľúčový kritický personál pozitívny, ale bude bez príznakov, tak bude väčšia škoda, ak nebudú pracovať.

Cestou je, že pozitívni lekári by pracovali v nemocnici s covidovými pacientmi?

Samozrejme, s covidovými pacientmi, ale ak by bolo veľmi zle **a** robili by sme vojnovú medicínu, tak pri dodržiavaní protipandemických opatrení by mohli robiť aj pri necovidových pacientoch. Treba sa nad tým zamyslieť, je to jedna z ciest.

Pri omikrone sa ľudia rozdeľujú na optimistov, ktorí hovoria, že to bude miernejšie, toľko ľudí neumrie **a** bude to krátke. **A** na pesimistov, ktorí predpokladajú, že to bude veľmi zlé, lebo máme nízku zaočkovanosť. Na ktorú stranu sa prikláňate?

Bol by som rád, keby som ostal niekde v strede. Treba si zachovať chladnú hlavu. Videli sme, čo spôsobujú prehnané odhady. Videli sme to už v prvej vlne, keď sme hovorili, že budeme potrebovať tritisíc pľúcnych ventilátorov. Takéto zvolacie vety spôsobujú, že sa začne horúčkovo nakupovať alebo ľudia podliehajú panike. To nie je šťastné riešenie.

Videli sme aj iný extrém, že aj pán minister Lengvarský spomínal niekedy v septembri, že v novembri už bude po variante delta **a** môžeme si objednať dovolenky na Silvestra. Nakoniec na jednu aj odletel. Ale nepotvrdilo sa to, delta bola ráznejšia, bolo veľmi veľa pacientov v nemocniciach, nebolo ich toľko ako v druhej vlne, ale bolo ich veľa.

Robiť nejaké prognózy je veľmi náročné **a** obávam sa, že aj tieto poľné nemocnice sú presne takýto konštrukt – vytvorí sa tu strach, že sa niečo môže stať. Čiastočne to chápem, lebo sa treba pripraviť, ale spôsobí to, že budeme horúčkovo nakupovať priamym rokovacím konaním za 24 až 30 miliónov niektoré veci, ktoré skončia v skrini **a** tie stany po pár dňoch rozložíme. Je to taká nerest slovenskej politiky – taký akcionizmus –, musíme niečo urobiť, aby sa dalo povedať, že sme urobili všetko.

Mali by sme sa pozrieť do zahraničia. Jedným z argumentov poľných nemocníc je Veľká Británia, ale tam už idú cestou rozšírenia centrálnych príjmov **a** povedali si, že poľná nemocnica nebol najšťastnejší nápad. Takisto Česko, v Prahe urobili za sto miliónov českých korún nemocnicu, ktorú rozobrali, neležal tam ani jeden pacient. Treba to trochu zracionalizovať **a** ostať niekde v strede.

Prečítajte si

Lengvarský je v čase obáv z omikronu na dovolenke v Ománe. Sulík varuje pred vyvolávaním zúvisť

Poľné nemocnice by ste nestavali?

Určite nie.

Obávate sa nákupu zariadenia do poľných nemocníc?

Priame rokovanie je vždy neštandardným riešením, obchádza verejné obstarávanie. Je tam, samozrejme, vyšší záujem ochrániť spoločnosť, nie je to nič nekalé. Ale prináša to riziká. Dokument ministerstva, ktorý je podľa mňa slabý, hovorí, že ideme robiť len bazálnu **a** vojnovú medicínu, budú tam medicí, ale na druhej strane je tam veľmi veľa vecí, ktoré nemajú ani niektoré akútne nemocnice.

Napríklad analyzátor krvných plynov, ultrazvuky alebo elektronické stetoskopy, sú tam laptopy, ktoré sú pripravené na telemedicínu. Je tam veľmi veľa vecí, ktoré sa budú teraz obstarávať priamym rokovacím konaním. Takéto veci v budúcnosti treba dobre zvážiť.



Keď núdzové zariadenia skončia, aspoň sa dovybavia nemocnice.

Čiastočne áno. Ale divili by ste sa, koľko vecí je zahalených plachtou. Som prekvapený, koľko vecí máme v nemocniciach **a** nepoužívajú sa. Buď ich nemá kto používať, alebo to nepoužívajú, lebo na to nie sú zvyknutí.

Práve helikoptérové peniaze, ktoré sa rozsypávali v rámci covidu do nemocníc, mnohým pomohli, lebo si svoj zastaraný systém zmodernizovali, na druhej strane sa nakúpili aj veci, ktoré sa nepoužívajú. Úplne klasickým príkladom je ECMO (mimotelová membránová oxygenácia krvi – pozn. red.) .

Mňa to tak vytáča, keď vidím, že tie prístroje sa v nemocniciach rozmohli ako huby po daždi, ale skutočne ich vedia využiť len tri centrá na Slovensku. **A pre** malú krajinu ako Slovensko tri centrá stačia, nemusíme mať tieto zariadenia v každej regionálnej nemocnici.

Keď máme dostatok zdrojov, ako sa tvárimo, **a** začneme nakupovať takéto prístroje, ktoré potom stoja niekde v sklade, je to škoda, lebo zdravotníctvo potrebuje ciele investície tam, kde sú nevyhnutné, **a** nie na veci, ktoré potom stoja v sklade.

Jedna vec je zariadenie, ale máme obrovský problém s personálom. Niektorých už čaká štvrtá vlna. Môžeme čakať veľký exodus lekárov **a** sestier?

Je to náročné starať sa o covidových pacientov zvlášť v slovenskom zdravotníctve. Videl som zdravotné sestry, ktoré sú, povedal by som, unavené životom. Sú už v určitom veku **a** musia sa starať o pacienta, ktorého treba prekladať na brucho, **a** je to veľmi náročné. Mnohé si povedia, že to už nedávajú, skončia **a** pôjdu skôr do dôchodku alebo budú robiť niečo iné. To je možné, ale neočakávam masívny exodus.

Ľudia, ktorí chcú odísť, tú možnosť majú. Je to úloha aj nás, ktorí sme odišli do zahraničia, aby sme začali postupne meniť prostredie na Slovensku. Napríklad, dokumentácia sestier na Slovensku, ak chcete vedieť jednoduchú vec o pacientovi, musíte 20 minút hľadať v záznamoch. V Rakúsku to máte hneď v tabuľke **a** nie je to také zašifrované ako na Slovensku. Toto vyháňa sestry.

Nie je to len o platoch. Aj keď sú málo ohodnotené **a** musíme s tým niečo urobiť, ale kvalita pracovného prostredia je veľmi zlá. Nevieme komunikovať, vzťah lekár **a** sestra u nás nefunguje, dokumentácia je zlá, máme tu ošetrovateľských profesorov, ktorí vymýšľajú rôzne veci, ktoré v praxi sestry len zbytočne zaťažujú **a** vyvolávajú nevoľu pracovať. Sestra by mala byť pri lôžku s pacientom **a** nemala by vypisovať sesterské diagnózy **a** sesterský proces. Treba sa pozrieť, ako to funguje v zahraničí.

Na odchody sa pýtam aj preto, že ste spoluautorom dokumentu o triáži, ktorý sa začal používať počas delty. Podľa neho sa môžu lekári rozhodovať, či pacienta podľa bodov pošlú na JIS alebo na umelú pľúcnu ventiláciu. Do akej miery to môže ovplyvniť mladého lekára, ktorý počas dvoch rokov pandémie musí rozhodovať aj o tom, či pacienta pošle na vyššie pracovisko?

Medicína je o rozhodovaní. Každý deň rozhodujete, čo pacientovi poskytnete alebo neposkytnete. Aj mladí zdravotníci budú celý život rozhodovať, čo je **pre** pacienta lepšie **a** čo horšie. Cieľom dokumentu bolo pripraviť Slovensko na extrémnu situáciu, „vojnový stav“, keď sa vyčerpali iné možnosti. Triáž pacientov sa robí vždy, existuje jednoduchá poučka – buď ste príliš dobrý na intenzívnu starostlivosť **a** máte ísť na normálne oddelenie, alebo ste príliš zlý **a** ani intenzívna starostlivosť vám nepomôže vrátiť sa do života alebo prežiť **a** ostávate na normálnom oddelení.

Ďalšie triedenie, o ktorom hovorí aj tento dokument, ide ešte ďalej **a** vraví, že ak máte štyroch rovnakých alebo podobných pacientov **a** len jedno lôžko, ktorého uprednostníte **a** ktorý šancu nedostane. To je úplne niečo iné. Preto som trochu kritizoval situáciu na Slovensku, lebo tento dokument mal začať platiť, keď sme urobili všetko, čo je v našich silách. Mali byť využité špecializované ústavy, mala tu byť zahraničná pomoc.

V druhej vlne sme naháňali každý deň nové lôžko, aby sme pacientov mohli niekde uložiť. Nedá sa to urobiť tak, ako sa to stalo, že povieme, máme 300 miest **a** buď má človek šťastie, alebo smolu. Na to ten dokument nemal slúžiť. Dúfam, že v omikron vlne nebudeme musieť k takejto triáži pristúpiť.

Použil sa dokument o triáži priskoro?

Z môjho subjektívneho pohľadu sme neurobili všetko, aby sme mohli povedať, že nastal čas, keď musíme triediť pacientov takýmto štýlom. Nezaregistroval som prevozy do zahraničia ani zahraničné tímy, nebolo dosiahnuté maximum. Tvrdili, že odišiel personál, ale v druhej vlne nebol personál zaočkovaný, takisto odchádzal **a** aj tak boli čísla iné. Snaha vyvinúť maximálne úsilie z môjho pohľadu nebola dostatočná. Počas druhej vlny sme mali centrálné riadenie nemocníc **a** fungovalo veľmi dobre, tím pracoval na naháňaní lôžok. Potom sa rozpustil, pamäť zmizla **a** posunulo sa to na regionálnu úroveň, kde to riešili kraje.

Ak by ste počas delty boli štátnym tajomníkom, zapojili by ste srdcové alebo onkologické ústavy **a** riešili by sa prevozy mimo krajov?

Áno. Pacient s covidom – **a** neriešime, či bol očkovaný alebo nie – sa dusí. Má závažné ochorenie, ktoré treba riešiť. Pacient, ktorý čaká na kardiologickú operáciu, je takisto pacient. Ale musíte sa rozhodovať podľa toho, čo spôsobí škodu rýchlejšie. Ak sa niekto udusí, lebo



nedostane kyslík **a** druhý pacient nebude čakať tri, ale štyri mesiace, myslím, že je legitímne, aby špecializované ústavy zabezpečili popri akútnej starostlivosti aj spoluúčasť pri covide, je to tak čestné.

Nemôžeme nechať jednu nemocnicu napospas **a** triážovať **a** my si budeme robiť svojich pacientov ako doteraz. Snažili sme sa tlačiť na všetkých. Aj súkromná spoločnosť CINRE musela zobrať covidových pacientov. V tejto vlne som to nevidel. Niektoré nemocnice si povedali, že sa starajú o svojich pacientov **a** hotovo. Ale potom ako môžeme robiť inde triáž?

Vo vlne delta do toho vstupovalo aj očkovanie. Dokument o triáži o očkovaní nehovorí, lebo sa vtedy ešte neočkovalo. Ak by ste ho robili teraz, pridali by ste bod o očkovaní, aby napríklad tí mali väčšiu šancu dostať sa k ventilácii?

Nedával by som to tam, lebo je veľa dôvodov, prečo sa ľudia nedávajú očkovať, **a** nevieme to objektívne zhodnotiť.

Na ministerstve ste boli, keď prichádzali prvé vakcíny. Zlyhali ste na začiatku pri očkovaní, že ste nevyužili to obdobie na masívnu kampaň?

Kampaň mohla byť trochu skôr **a** mohla byť šťastnejšia. Ale na začiatku to vôbec nebolo zlé. Začali sme očkovať ako jedna z prvých krajín, sám som bol 28. alebo 29. decembra zaočkovaný. Začali sme veľmi skoro, nálada v spoločnosti bola pozitívna. Bolo treba v nej pokračovať. Toto už nie je len vec ministerstva, ale aj politickej situácie. Niektorí sa politicky profilovali na tom, že nepovedali jednoznačne, že očkovanie je nevyhnutné. To bola časť problému. Nemáme národnú stratégiu, v ktorej by bola spoločne opozícia aj koalícia s jednotnou líniou. Je to absolútny národný záujem.

Druhá vec je alternatívna scéna. Stále nerozumiem, prečo sa naši experti boja komunikovať s týmito ľuďmi. Chápem, že sa niekedy ťažko argumentuje, ale bez takejto úprimnej komunikácie s druhou stranou sa niektorí ľudia necítia vypočutí. Aj to bola trochu chyba, mohli sme viac konfrontovať skupinu ľudí, ktorí sú extrémne proti očkovaniu.

Išli by ste do takej debaty?

Viem zo svojich skúseností povedať, že som videl umierať ľudí s covidom. Viem povedať, že boli aj mladí, zdraví. Osobné skúsenosti, ktoré ako lekár mám, viem sprostredkovať aj verejne. To isté som očakával aj od ľudí, ktorí sú mediálne známi **a** ktorí sa starajú pravidelne o takýchto pacientov. Každá komunikácia má určitý zmysel, lebo nás núti zamyslieť sa, či náhodou druhá strana nemá aspoň trochu pravdy.

Išli by ste do diskusie s lekárom Liptákom či Bukovským?

Nebránim sa tomu. Viem si to predstaviť, lebo by som vedel sprostredkovať to, čo som zažil **a** zažívam.

Takže to podľa vás má zmysel?

Myslím, že áno. Veľa ľudí sa na mňa obracia s banálnymi otázkami. Nevedia **a** boja sa, pýtajú sa, či sa majú dať zaočkovať alebo nie. Pýtajú sa, čo by som robil, čo by som odporučil svojej rodine. Je tu veľká informačná asymetria napriek tomu, že informácie sú, ale majú ich ľudia, ktorí si bežne ráno otvoria noviny **a** čítajú. Ale sú tu ľudia, ktorí z rôznych dôvodov prístup k informáciám nemajú.

S nimi treba robiť **a** je chybou, že sme nezačali viac očkovať v ambulanciách. Lebo tam majú s pacientom kontakt, dôverujú mu **a** vedia o ňom, že je rizikový. Trochu mi prekáža, že ideme očkovať deti, ktoré majú vysokú pravdepodobnosť, že by ochorenie prekonali bez problémov, ale bytostne sa nezameriavame na najviac rizikových, ktorí musia byť očkovaní, lebo skončia na intenzívke. Toto je škoda, tam sme mali začať.

Nie je škoda, že ste tak nezačali? Že od začiatku decembra neprebíhala veľká komunikačná kampaň zacielená na rizikových pacientov alebo ste nepomáhali všeobecným lekárom, aby vyberali rizikových pacientov?

Koncom decembra prišli očkovacie látky. Každá mala svoj spôsob uskladnenia **a** Pfizer sa vtedy uskladňoval pri mínus 80 stupňoch. Žiadna ambulancia nebola vybavená mrazničkou, ktorá by ich mohla uskladniť. Zmena, ktorá ich povolila uskladniť pri vyššej teplote, prišla až v apríli. V apríli, keď som odchádzal, bol pripravený pilotný projekt, aby začali ambulantní – všeobecní lekári aj špecialisti – očkovať.

Po nástupe nového vedenia sa tento projekt zastavil **a** ambulantní lekári začali očkovať až začiatkom júla. To boli letné prázdniny. Očkovanie sa rozbehlo s pomerne veľkou byrokratickou záťažou **a** doteraz nemajú ambulantní lekári prístup k vakcíne od firmy Johnson & Johnson, ktorá je jednoduchšia, lebo sa nemusí riediť. Matematik Richard Kollár v minulosti hovoril, že tu je dátové peklo, myslím si, že stále trvá. Vieme, koľko ambulantných lekárov očkuje? Ja to neviem. Naposledy som počul, že to je desať percent, **a** to je veľmi málo. V Česku 30 až 40 percent očkovacích látok podajú ambulantní lekári.

Čo by pomohlo? Vyššie platby?



Tie sa už nastavili.

Tak prečo to nerobia?

Asi nie sú nútení. Kým zavedieme povinné očkovanie, mali by sme sa zamyslieť, ako motivovať ambulantných lekárov očkovať. Znížiť byrokráciu, pomôcť im, aby očkovali vakcínou od spoločnosti Johnson & Johnson. Spýtať sa ich, prečo neočkujú. **Pre** všeobecného lekára by to malo byť súčasťou jeho práce. Ak mám 2-tisíc pacientov, viem, že napríklad 500 nevyhnutne potrebuje očkovanie. **A** tých si musím získať – listom, zavolať im, rozprávať sa s nimi pri prehliadke.

Ak na to nemám kapacity, tak sme im mali pomôcť, možno tam sme mali dať medika, alebo ich odťažiť, aby to zvládali. Kto sa chcel dať zaočkovať, je už zaočkovaný. Teraz už treba presviedčať tých, u ktorých očkovanie dáva najväčší zmysel.

V momentálnej situácii by ste za povinné očkovanie neboli?

Nie.

Peter Stachura

Od 1. júna 2020 bol štátnym tajomníkom na ministerstve zdravotníctva, odvolal ho minister Vladimír Lengvarský. Vyštudoval **Lekársku fakultu UPJŠ** v Košiciach. Pracoval v nemocniciach v Rakúsku **a** Nemecku. Pôsobil na oddelení anestéziológie **a** intenzívnej medicíny v nemocnici v Levoči, na nemeckých klinikách v Görlitz **a** Bayreuth. Pracoval v oddelení paliatívnej medicíny Univerzitnej nemocnice v Erlangene **a** na klinike anestéziológie **a** intenzívnej medicíny Univerzitnej nemocnice v St. Pöltene v Rakúsku.

Zdroj – MZSR

Autor: Veronika Folentová



Online skúšanie vysokoškolákov so sebou prináša isté riziká v podobe podvádzania či odpisovania. Je ich hodnotenie objektívne? [🔗](#)

📅 18. 1. 2022, 5:43, Zdroj: kosiceonline.sk [🔗](#), Sentiment: Pozitívny, Téma: Fakulty a ústavy UPJŠ, Kľúčové slová: Tomáš Zavatčan

Dosah: 22 983 GRP: 0,51 OTS: 0,01 AVE: 397 Eur

JANA TOMAŠKOVIČOVÁ, Dnes | 05:32

Univerzity zdôrazňujú, že študenti takýmto správaním znižujú predovšetkým kvalitu svojho vzdelania.

Vysokoškoláci sa zatiaľ nevrátili k prezenčnej výučbe. Zimný semester **akademického** roka 2021/2022 musia najprv ukončiť skúškovým obdobím, ktoré sa na väčšine fakúlt realizuje dištančnou formou. Inak to nie je ani na **Univerzite Pavla Jozefa Šafárika (UPJŠ)** v Košiciach. Výnimkou sú však Lekárska a Prírodovedecká fakulta, keďže prezenčné skúšanie sa týka najmä predmetov, ktorých ukončenie je podmienené preverovaním praktickými zručnosťami. Online skúšanie však so sebou prináša isté riziká vrátane neetického správania zo strany študentov v podobe podvádzania či odpisovania.

„Tak, ako sa dištančná výučba realizuje osobitnými metódami a formami, tak aj záverečná diagnostika pri dištančnej výučbe má svoje overené metódy, ktorých využívanie v maximálnej možnej miere umožňuje objektivnosť hodnotenia a eliminuje podvodné praktiky. **UPJŠ** sa snaží za každých okolností viesť svojich študentov k poctivému štúdiu a zistené prípady **akademických** podvodov adekvátne postihovať v zmysle platnej legislatívy a interných predpisov,“ uviedol **pre** Košice Online hovorca **UPJŠ Tomáš Zavatčan**.

Prezenčné skúšanie sa týka najmä predmetov, ktorých ukončenie je podmienené preverovaním praktickými zručnosťami (Ilustračná fotografia) / TASR

Technická univerzita v Košiciach (TUKE) preferuje prezenčné skúšanie študentov, avšak len v tom prípade, ak to dovoľujú kapacitné možnosti jednotlivých miestností.

„V dôsledku vývoja epidemiologickej situácie máme bohaté skúsenosti so snahami o podvádzanie pri skúškach, čím minimalizujeme tieto pokusy. Na druhej strane som presvedčený, že väčšina našich študentov si uvedomuje, že prípadnými snahami o podvádzanie znižuje hlavne kvalitu svojho vzdelania,“ zdôraznil **prorektor pre vzdelávanie** TUKE Ervin Lumnitzer.

Všetky skúšky na Univerzite veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach sa realizujú dištančne, písomné testy prostredníctvom systému MOODLE, ústne skúšky prostredníctvom MS Teams, čo potvrdila jej hovorkyňa Zuzana Bobriková:

„Vyučujúci i študenti získali v minulom roku skúsenosti s dištančnou formou skúšania. Nie je to ideálna forma, ale nejaký čas ešte bude na univerzitách prevažovať. Aby sa predišlo podvádzaniu študentov na skúškach, skúšajúci zvyšujú náročnosť testov, skracujú časovú dotáciu na test, otázky generujú sekvenčne. Proti neetickému správaniu pri vykonávaní skúšky môže byť študent požiadaný o prehliadku miestnosti, zdieľanie pracovnej plochy alebo mu môžu byť kladené ďalšie doplňujúce otázky k jeho odpovedi.“

Rektor Prešovskej univerzity (PU) Peter Kónya rozhodol, že študenti sú skúšaní prezenčne, pričom sa to týka všetkých študijných odborov. Hovorkyňa PU Anna Polačková pripomenula, že samozrejmosťou je dodržiavanie viacerých protipandemických opatrení:

„Na študentov zúčastňujúcich sa skúšok alebo konzultácií sa vzťahuje povinnosť preukázať sa dokladom o očkovaní proti ochoreniu COVID-19, dokladom o jeho prekonaní alebo negatívnym výsledkom antigénového testu na prítomnosť vírusu nie starším ako 48 hodín alebo PCR testu nie starším ako 72 hodín. Pri realizácii skúšok je potrebné zabezpečiť obsadenie maximálne 30 percent kapacity miestnosti.“

Komentáre