

Takmer 280 agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) poznajú predovšetkým pacienti, ktorým poskytovali ich sestry starostlivosť v domácom prostredí. Postupne agentúry vystupujú z tieňa anonymity, ale, ako hovorí v rozhovore predsedníčka sekcie sestier pracujúcich ADOS Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek **PhDr. Mária Cibulková**, mali by mať aj podporu všeobecných lekárov.



Domáce prostredie pozitívne vplýva na liečbu pacienta

● **Moderný koncept domácej starostlivosti vznikol v roku 1859 v Liverpoole, kde podnikateľ a filantrop Wiliam Rathbone prišiel na myšlienku domácej starostlivosti v dobe, keď jeho žena zomierala na zhubné nádorové ochorenie a v spolupráci s Florence Nightingalovou založili prvú školu pre sestry v návštevných službách. Prečo sa u nás táto myšlienka ujala až v roku 1995?**

Do roku 1994 bolo slovenské zdravotníctvo formované socialistickým systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti. V ambulanciách praktických lekárov a pediátrů pracovali 1,5 až 2 sestry, ktoré zabezpečovali aj terénnu službu prevažne preventívneho charakteru, napr. meranie tlaku krvi, odbery krvi, injekčná liečba či psychomotorické vyšetrenia detí a pod. Chorí pacienti boli hospitalizovaní celé týždne až mesiace. V roku 1994 začala privatizácia primárnej sféry a terénna služba sestier sa začala postupne, ale isto vytrácať, lebo lekári si ponechali už iba jednu sestru na ambulancii. Aby sa toto vákuum vyplnilo, Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov pripravila projekt agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. V jeho rámci sa mala poskytovať zdravotná starostlivosť všetkým vekovým aj diagnostickým skupinám, chorým občanom v domácom prostredí. Ministerstvo zdravotníctva projekt schválilo a vďaka sestrám sa začala jeho realizácia. Starostlivosť o chorého v domácom prostredí je rozšírená forma zdravotníckych služieb vo všetkých vyspelých krajinách. Na Slovensku sme dlho bojovali s legalizáciou tejto služby.

● **Už dlho na rôznych fórach počúvam, že agentúry sú rok čo rok vďaka zmluvám s poisťovňami finančne podvyživené. Ako to, že stále ešte pôsobia a pomáhajú pacientom?**

Sestry, ktoré sa rozhodli zriadiť agentúry, museli do toho vložiť vlastné, často i celoživotné úspory v nádeji, že sa im to raz vráti. Väčšinou si agentúry zriaďovali práve bývalé terénne sestry, ktoré prišli o prácu. Štát sa, až na pár výnimiek, finančne nepodieľal na zriaďovaní agentúr. ADOS, ktoré boli zriadené pri poliklinikách a nemocniciach, dostali patričné vybavenie personálne i materiálne-technické od vtedy ešte štátnych zdravotníckych zariadení, ktoré boli potom jednoducho sprivatizované. No prevažná väčšina súkromných agentúr vznikala „na zelenej lúke“. Je to povolanie, ktoré vychádza viac z poslania a vlastného vnútorného presvedčenia nás sestier pomáhať druhým. Je to veľmi ťažké, ale aj veľmi krásne povolanie... Navyše je tak špecifické, že nie je možné, aby sa sestra so svojim vzdelaním uplatnila v inom rezorte ako kvalifikovaná sila. Aj to môže byť dôvod, prečo nielenže agentúry ešte fungujú, ale že ešte vôbec sestry pracujú v slovenskom zdravotníctve.

● **Špecifické je povolanie sestry zrejme aj v tom, že jej plat nie je na zbohatnutie... Aké majú sestry a ďalší zamestnanci v ADOS mzdy? Aký je priemerný plat sestier? Boli problémy s naplňaním zákona 62/2012?**

Mzdové ohodnotenie sestier pracujúcich v agentúrach sa nelíši od finančného ohodnotenia sestier, ktoré pracujú v súkromných zdravotníckych zariadeniach. Aj my sme mali s naplňaním zákona 62/2012 o mzdách sestier problémy podobné ako v iných zdravotníckych zariadeniach a dôsledkom bolo napr. skracovanie úväzkov, prepúšťanie sestier a pod. Zvýšiť platy zákonom a nedodať potrebné financie sa jednoducho sklbiť nedá. Dôsledkom toho, že je práca sestry málo cenená a neboli zohľadnené špecifiká prostredia, v ktorých

sestry z agentúr pracujú (napr. úhrada dopravy za pacientom a pod.), môže byť skutočne nedostupnosť zdravotníckych služieb v domácom prostredí. Aj redukciu pracovníkov v ADOS považujeme za spornú v súvislosti so stratégiou zamestnanosti. Toto je však problém niekoho iného, nie nás – zamestnávateľov.

● **Verejnú minimálnu sieť ADOS upravuje nariadenie vlády 640/2008 a počet sesterských miest v agentúrach je stanovený na 808,6. Ako sa prišlo práve na toto číslo?**

Na túto otázku by najlepšie vedeli odpovedať pracovníci ministerstva zdravotníctva, ktorí na tvorbe siete agentúr pracovali. Som ale čoraz viac presvedčená, že táto forma tvorby siete nebola šťastná. Agentúra je zdravotnícke zariadenie, definované v zákone. V legislatíve sú upravené minimálne požiadavky na personálne obsadenie 1 + 1, teda odborný zástupca a jedna sestra, čo nekorešponduje s filozofiou tvorby siete. Aj kraje vydávajú povolenie na agentúry, nie na sesterské miesto v nich, aj poisťovne uzatvárajú zmluvu s agentúrami, nie s jednotlivými sestrami. Preto si myslím, že sieť mala byť tvorená na počet agentúr, nie na počet sesterských miest v nich.

● **Naplnili teda vôbec poisťovne sieť zmluvami s ADOS? Je aktuálna sieť dostatočná pre potreby pacientov?**

Naplňanie siete sa ukázalo od samého začiatku ako problematické a dnes nikto nevie zodpovedne a jednoznačne povedať, či je sieť naozaj naplnená. Podľa posledného údajov zo VŠZP je však sieť naplnená na 130 %. Pri naplňaní siete sa neprihliadalo na dopyt v danej lokalite, ale poisťovne masovo uzatvárali zmluvy s každým, kto dostal povolenie na túto činnosť. To má za následok, že na jednom území pôsobí viac agentúr, ktoré sa boria s nezdravou konkurenciou a vedú boj doslova o prežitie, ale inde zase pacientom chýbajú. Počet sestier v agentúrach by mal regulovať trh, teda dopyt po našich službách a nie nezmyselné ministerské nariadenie.

Počet sestier v agentúrach by mal regulovať trh, teda dopyt po našich službách a nie nezmyselné ministerské nariadenie

● Koľko pacientov agentúry vlni ošetriť, koľko návštev urobili, koľko návštev je na pacienta priemerne?

Agentúram patrí dôležitý podiel na trhu zdravotnej starostlivosti. To im umožňuje starať sa o určitú skupinu chorých, ktorí by inak mali veľmi malú šancu dostať odbornú zdravotnú starostlivosť. Som presvedčená, že agentúry by dokázali ešte zvýšiť svoj podiel na trhu, keby poisťovne vyvinuli väčší tlak napr. na nemocnice, aby sa čo najviac pacientov doliečilo doma. Ale realita je, žiaľ, taká, že súčasný systém financovania nemotivuje ostatných poskytovateľov na to, aby pacientov, odkázaných na pomoc presúvali do starostlivosti agentúr. Zo štatistiky VŠZP za rok 2010 vyplýva, že sestry agentúr vykonali 842 073 návštev u chorých v ich domácnostiach a spravili 3 065 384 výkonov. Z týchto výkonov revízní lekári odmietli akceptovať 1,02 % výkonov, teda vyše 30 000 – tie sme tak spravili zadarmo. Z ostatných poisťovní štatistiky nemáme k dispozícii.

● Kto zastupuje vlastne agentúry pri rokovaniach s poisťovňami? Sekcia sestier pracujúcich v ADOS SK SaPA, Asociácia poskytovateľov ošetrovateľských služieb Slovenska, Zdravita, či hrajú agentúry sami za seba?

Agentúry zastupujú tri organizácie, ktoré na stretnutí poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti vlni koncom roka v Žiline podpísali zmluvu o Združení ADOS, ktorého účelom je zjednotenie záujmov, požiadaviek, návrhov riešení a odborných stanovísk. Cieľom združenia je zlepšenie ekonomického, legislatívneho, odborného a spoločenského postavenia poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Zástupcovia združenia preto zjednotili svoje snahy pre spoločné rokovania s poisťovňami, aby sa aj v agentúrach mohol aplikovať zákon 62/2012. Samozrejme, že je tu skupina agentúr, ktoré, ako hovoríte, hrajú samé za seba. Tohto roku sa začal proces integrácie agentúr do Zdravity, čo by pomohlo agentúram dostať sa z izolácie. Sľubujeme si a očakávame od toho tiež, že riešenie problematiky ambulantnej sféry by mohlo prebiehať kontinuálne.

● Už ste spomínali neuhradené výkony. Zrejme nekonečné sú boje s úradníkmi poisťovní, ktorí posudzujú rozsah zdravotnej starostlivosti a rozhodujú o ňom a výsledkom sú jednak limity, ale aj nepreplatené, ale poskytnuté výkony...

Nedá sa povedať, že by rokovania boli nejaké zvlášť úspešné. Faktom je, že pri rokovaniach majú poisťovne stále navrch, rokovania sú naozaj veľmi náročné a posun dopredu má slimačie tempo. Už roky hovoríme o financovaní dopravy a nešiel nikto ani na ministerstve, ani v poisťovniach, kto by konečne zohľadnil túto obrovskú nákladovú položku agentúram, na ktorú máme oprávnený nárok... Pripravili sme návrhy a stojím si za tým, že boli z našej strany veľmi korektné a podložené analýzami. Posun nastal iba v Union zp, ktorá od 1. júla 2012 začala hradiť dopravu tak, že zvýšila cenu za bod pri výkone návšteva pacienta. Agentúry každoročne vyprodujú nadli-

mitné výkony, ktoré im neboli nikdy uhradené ani čiastočne a ani neboli zohľadnené v nasledujúcom zmluvnom období, napr. zvýšením finančného objemu.

● Rešpektujú poisťovne katalóg výkonov, akceptujú obtiažnosť pri sťažených výkonoch?

Čo sa týka katalógu výkonov, som dosť v rozpakoch, či to, čo existuje v dnešnej podobe, sa nazýva správne katalóg, lebo mne to skôr pripomína iba zoznam výkonov, ktorý sa aj tak v reálnej praxi nerešpektuje. Len poznamenám, že výkonom chýba tak dôležitý údaj ako je cena!

● Prakticky by mali byť agentúry pravou rukou obvodných a odborných lekárov. Podľa prieskumu však ADOS akceptuje 45 % odborných a 40 % obvodných lekárov a len 3 % sestier. Zrejme vás to nespokojuje?

Áno to je pravda. Od samého začiatku vzniku agentúr ich prevažná väčšina lekárov vnímala s neoprávnenou nedôverou. Stále pretrvávajú akýsi mýtus, že agentúry berú lekárom prácu a peniaze. Je pravda, že zákroky i zodpovednosť, ktoré doteraz patrili výlučne lekárom, sa postupne presúvajú na sestry. To v nich namiesto úľavy vyvoláva pocit ohrozenia, presnejšie pocit ohrozenia vlastnej peňaženky. Nikomu neberieme ani prácu ani peniaze. Mrzí nás, že spolupráca s praktickými lekármi nie je na požadovanej úrovni, v záujme našich spoločných pacientov. Múdry lekár sa k spolupráci s agentúrou stavia rozumne a sestra z agentúry je jeho pravou rukou pri liečbe chorého v domácom prostredí. Ako vidieť a potvrdzujú to aj čísla, spolupráca so špecialistami sa zlepšila. Chirurgovia aj dermatológovia pochopili, že aplikovať moderné prípravky vlhkej terapie by mal

odborník a nie laik. Ani prevoz pacienta sanitkou na preváž denne či obdeň do ambulancie nie je efektívny pre poisťovne a už vôbec neprospieva chorému. Štatistika VŠZP hovorí, že v roku 2010 pribudlo do agentúr iba 15 256 nových pacientov a to je naozaj žalostne málo. Denne mi volajú príbuzní chorých, ktorí pre nich hľadajú odbornú pomoc. Zaujímavé je, že o službách agentúr sa dozvedajú z internetu alebo od známych, ale nie od svojho lekára. Tisíce pacientov zostávajú doma bez pomoci, odkázaní iba na laickú pomoc a to aj v prípade naozaj vážneho zdravotného stavu. Starostlivosť o takto chorého praktizovaná iba rodinou by vôbec nemala existovať. Agentúry tu pôsobia už sedemnásť rokov, preto je pre mňa nepochopiteľné, že informáciu o ich činnosti nedostanú ľudia od tých najkompetentnejších – od svojich lekárov. Vyzerá to tak, že asi nie je u nich na prvom mieste spokojný pacient, teda až na výnimky... Dúfajme, že aj to sa zmení.

● Nedávno ste na konferencii o agentúrach, ale aj v tomto rozhovore upozornili, že treba dostať agentúry z izolácie, lebo sú na zdravotníckom trhu izolované. Môžete to konkretizovať?

Agentúry nepatria do polikliník, nie sú ani súčasťou nemocníc. Ani ambulantní lekári vo väčšine prípadov nepovažujú sestry z ADOS za rovnocenné partnerky, ktoré sú dôležitou pomocou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi v domácom prostredí. Ešte stále pretrvávajú mýtus, že sestra nemôže sama rozhodovať pri ošetrovaní chorého a že je, či presnejšie povedané, že musí byť hlboko podriadená lekárovi. To, že sa niektoré sestry odvážili vydať na vlastnú samostatnú cestu pri starostlivosti o chorého, nebolo odbornej verejnosti vôbec po vôli a to dostalo agentúry do izolácie na zdravotníckom trhu.

● Za Ivana Uhliarika bola na ministerstve zriadená komisia na riešenie problémov súvisiacich s problematikou ADOS. Existuje ešte, pracuje, alebo „zaspala“? Navrhovali ste definovať domácu ošetrovateľskú starostlivosť do paragrafového znenia, zrušiť schvaľovanie zdravotnej starostlivosti poisťovňami, prehodnotenie financovania ADOS, rešpektovať katalóg výkonov, reálne upraviť cenu výkonu a hradiť dopravu. Niečo z toho sa splnilo?

Nedá mi, aby som nepovedala, že bývalý minister bol pre mňa doteraz najväčším sklamaním. Komisia, o ktorej hovoríte, sa stretla na ministerstve iba jedenkrát, definovali sme problémy v oblasti domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Je pravda, že sa zrušilo schvaľovanie výkonov revíznymi lekármi, ale poisťovne si aj tak vynútili určité obmedzenia poskytovania zdravotnej starostlivosti. Napr. návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti je platný iba tri mesiace, po troch mesiacoch sa musí vypísať nový, aj keď ide väčšinou o chronických a dlhodobo ležiacich pacientov. Problém vidíme v neefektívnosti tohto procesu – sestra musí vyplniť nové tlačivo, musí ísť za príslušným lekárom, pričom má samozrejme náklady na dopravu, čas, tlačivo musí mať dve kópie, čo sú zas náklady na papier či toner. Jedinou výnimkou sú iba chronické rany na dol-



• ných končatinách, kde návrh platí 6 mesiacov. K hradeniu dopravy pristúpila, ako som už spomenula, zatiaľ iba Union, zp. Katalóg výkonov, ktorým chýba to najdôležitejšie – cena, je v rukách poisťovní, tie si svojvoľne vyberajú nielen výkony, ale aj ľubovoľne tvoria ich cenu.

• **Z hľadiska toho, či má sestra ADOS dostatok času na ošetrovanie pacienta, ju 35 % respondentov v prieskume hodnotilo známkou výborná. Aká je realita v praxi?**

Pacienti i rodinní príslušníci sú s prácou sestier z agentúr spokojní. Ale nepochybujem o tom, že sa nájdu aj menej spokojní. Chorý zväčša vie oceniť to, že nemusí byť izolovaný od rodiny, domáce prostredie pozitívne vplyva na priebeh liečby a odborné zdravotné výkony nie sú nútení vykonávať laici. O tom, že svoju prácu vykonávajú sestry dobre, svedčí aj to, že doteraz nebol podaný žiadny podnet na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

• **V čom je sestra ADOS iná ako sestra v ambulancii či na nemocničnom oddelení? Ako sa vlastne „vyrába“ sestra pre agentúru? Zrejme nemôže napríklad ambulantná sestra odísť z ambulancie a pracovať v ADOS...**

Sestra v agentúre má pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti väčšiu autonómiu ako sestry v iných zdravotníckych zariadeniach. Ale pozor, autonómia rovná sa zodpovednosť! Sestra sa musí samostatne rozhodnúť, čo urobí pri každej zmene zdravotného stavu chorého, musí aktuálne reagovať, aby pacientovi neškodila. Konzultácia s ošetrojúcim lekárom je nevyhnutná. Nemám informácie o tom, že by v niektorej agentúre pracovali ne kvalifikované sily. Sestry musia mať dostatok nielen teoretických vedomostí, ale aj praktických zručností, musí vedieť viac počúvať ako hovoriť. Aj na sestry z agentúr sa vzťahuje celoživotné vzdelávanie. Zúčastňujú sa seminárov, konferencií, dopĺňajú si vedomosti samoštúdiom, pretože sa stretávajú s novými modernými prvkami ošetrovateľstva z viacerých oblastí, napr. vlhkým hojením rán, pomôckami pri inkontinencii, kompenzačnými pomôckami, doplnkami výživy a pod. Tam, kde je spolupráca medzi lekárom a agentúrou na dobrej úrovni, sú aj kompetencie sestry dostatočné. Bez vzájomnej dôvery sa ťažko spolupracuje.

• **Aké sú riziká tejto práce? Predsa len, sestry musia navštíviť pacientov v rôznom prostredí...**

Už samotné domáce prostredie býva neraz pre sestru rizikové. Ohrozuje ju nízka hygiena domácnosti i chorého, domáce zvieratá, myši, potkany, infekčné ochorenia, agresívni pacienti či riziko úrazu. Druhým veľkým nepriateľom sestier agentúr je počasie: horúčavy, ležaky, zima, poľadovica, víchrica, záveje a podobne, ktoré musia prekonávať pri ceste za pacientom, ktorý na ich pomoc doma čaká.

• **Čo podľa vás motivuje sestry pracovať v agentúrach?**

Hlavnou motiváciou je určite túžba pomáhať chorým. Dobrou sestrou sa sestra nestáva, dobrou sa musí sestra narodiť.

Zhovárал sa
Mgr. Branislav Janík
Foto Ivan Moskalenko

Jogurt, brusnice a olej z ryžových otrúb znižujú krvný tlak

Podľa troch nových štúdií prezentovaných ako poster na vedeckej konferencii Americkej kardiologickej spoločnosti, ktoré sa týkajú výskumu hypertenzie (AHA High Blood Pressure Research 2012 Scientific Sessions) z 20. septembra 2012 môže zaradenie potravín ako sú nízkoťučný jogurt, olej z ryžových otrúb, sezamový olej a nízkokalorický brusnicový džús do stravy pomôcť udržať krvný tlak pod kontrolou. Olej z ryžových otrúb tiež prispel k zníženiu LDL-C a triglyceridov a k zvýšeniu hladiny HDL-C.

Predseda výboru pre výživu Americkej kardiologickej spoločnosti Dr. Rachel Johnsonová (University of Vermont, Burlington), ktorá bola požiadaná zhodnotiť nálezy pre portál heartwire uviedla, že výsledky týchto troch abstraktov spoločne vo veľkej miere podporujú DASH diétu (všestrannú diétu na zníženie TK), podporovanú taktiež Americkou kardiologickou spoločnosťou ako účinnú dietetickú intervenciu na zníženie TK a srdcu prospešného spôsobu stravovania sa. Dr. Johnsonová tiež podotkla, že podľa diéty DASH sa odporúčajú 2 až 3 porcie odtučneného alebo nízkoťučného mlieka alebo mliečnych výrobkov za deň, 4 až 5 porcií ovocia denne a 2 až 3 porcie „zdravých“ tukov a olejov a samozrejme olej z ryžových otrúb alebo sezamový olej, ktorý obsahuje nenasýtené mastné kyseliny a je bohatý na antioxidanty a klasifikuje sa ako zdravý tuk.



• **Jogurt s nízkym obsahom tuku a cukru.** Výskum týkajúci sa jogurtu prezentoval Dr. Huifen Wang (Tufts University, Boston), ktorý spolu s kolegami skúmal účinky konzumácie nízkoťučného jogurtu u viac ako 2000 dospelých, ktorí sa zúčastnili Framingham Heart Study Offspring Cohort. Účastníci, ktorí nemali hypertenziu, na začiatku predstavovali podľa dotazníka frekvencie potravín „konzumentov“ ak zjedli jednu alebo dve porcie jogurtu za mesiac. V tejto štúdii tvorilo 44 % konzumentov jogurtu na začiatku, čo sa počas 14 rokov sledovania zvýšilo. Incidentná hypertenzia sa vyvinula u 913 osôb počas trvania štúdie. Jogurt môže byť účinným spôsobom pridania mlieka alebo mliečnych výrobkov do stravy. Pacienti, ktorí prijali > 2 % z celkových kalórií z jogurtu (skupina s vysokým príjmom, t. j. jeden 170 g kelímok nízkoťučného jogurtu raz za tri dni) mali približne o 30 % nižšie riziko vzniku hypertenzie ako nekonzumenti (OR 0,69, po úprave pre demografické faktory a faktory životného štýlu a užívanie liekov na cholesterol). Skupina s vysokým príjmom mala tiež nižšiu eleváciu sTK za rok ako skupina nekonzumentov (p = 0,04). Dr. Johnsonová sa vyjadrila, že jogurt môže byť účinným spôsobom pridania mlieka alebo mliečnych výrobkov do stravy vzhľadom na to, že mnohí ľudia nedodržiavajú odporúčania dvoch až troch porcií denne. Štúdia o jogurte potvrdzuje to, čo je už o úlohe mliečnych výrobkov známe. Avšak varuje, že je dôležité byť opatrný čo sa týka množstva cukru v jogurte. Je známe, že pridané cukry majú opačný účinok na TK, čiže je nutné sledovať množstvo cukru a niektoré jogurty ho majú vysoké.



• **Brusnicový džús ako alternatívna porcia ovocia a zeleniny.** V druhej štúdii výskumníci z ministerstva poľnohospodárstva v USA vedení Dr. Janetou A. Novotnou podávali nízkokalorický brusnicový džús alebo farbu, chuťou a kalóriami zodpovedajúci placebo nápoj 56 dospelým dobrovoľníkom zapojeným do kontrolovanej diéty po dobu ôsmich týždňov. Keď sa na konci štúdie porovnali hodnoty TK s počiatočnými, brusnicový džús súvisel so signifikantným znížením dTK (p = 0,049) a s tendenciou smerom k zníženiu sTK, zatiaľ čo placebo nesúviselo so žiadnymi zmenami oproti počiatočným hodnotám. Použiť sa môžu brusnice alebo brusnicový džús, ktoré sú bohaté na draslík a antioxidanty, aby sa splnili odporúčania konzumácie veľkého množstva ovocia a zeleniny. V tejto štúdii bol použitý nízkokalorický brusnicový džús, ktorý sa určite odporúča. Brusnice sú kyslo-trpké chuti, takže musia byť v skutočnosti osladené, aby boli chutné a kalorický brusnicový džús môže obsahovať celkom vysoké množstvo pridaných cukrov.

• **Zmes sezamového oleja a oleja z ryžových otrúb znižuje TK a zlepšuje profil lipidov.** Dr. Devarajan Sankar a spol. (Univerzitná nemocnica vo Fukuoke, Japonsko) viedli prospektívnu randomizovanú otvorenú dietetickú intervenciu u 300 pacientov s hypertenziou v New Delhi v Indii, ktorých randomizovali do troch skupín: blokátory kalciových kanálov (BKK) nifedipín 30 mg/den, zmes sezamového oleja a oleja z ryžových otrúb v množstve 35 g/den alebo nifedipín spolu so zmesou sezamového oleja po dobu 60 dní. Počas trvania štúdie BKK, sezamový olej a ich kombinácia navodili signifikantné poklesy sTK (-16,2 mmHg pri BKK, -14 mmHg pri sezamovom oleji a -36 mmHg pri ich kombinácii) aj dTK (-12 mmHg pri BKK, -10,8 mmHg pri sezamovom oleji a -23,8 mmHg pri ich kombinácii). Kombinácia BKK a sezamového oleja mala za následok taký pozoruhodný pokles TK, že sa musela znížiť dávka nifedipínu. U pacientov, ktorí užívali olej, bol pozorovaný 26 % pokles LDL-C a zvýšenie HDL-C o 9,5 %. Sankar a spol. uviedli, že sa po prvýkrát poukázalo na fakt, že dietetické intervencie so zmesou sezamového oleja a oleja z ryžových otrúb znížili TK a lipidy u jednotlivcov s hypertenziou. Avšak podotýkajú, že sú potrebné ďalšie štúdie týkajúce sa oleja, ktorý bol špeciálne pripravený pre účely tejto štúdie a bežne sa nepredáva. (m p)